

*Titre court : LE PROCESSUS D'INTERVENTION EN SANTÉ AU
TRAVAIL*

L'INTERVENTION EN SANTE AU TRAVAIL : L'INTÉRÊT DE
L'ÉTUDE DE CAS D'INTERVENTION

OCCUPATIONAL HEALTH INTERVENTION: THE INTEREST
OF THE INTERVENTION CASE STUDY

Par / By SABRINA ROUAT¹ ET PHILIPPE SARNIN¹,

RESUME

Cet article propose d'alimenter la connaissance sur l'intervention dans le champ de la santé au travail à partir d'une approche qualitative et axée sur le processus d'intervention. En ce sens, elle vient compléter les approches largement quantitatives et axées sur les résultats ou contenus. En utilisant l'étude de cas d'intervention, l'article vise à éclairer le réel de l'intervention, ses obstacles et les ajustements qu'ils imposent. Il permet de penser la visée transformatrice de l'intervention et de discuter de l'opportunité de s'appuyer sur une clinique de l'intervention.

Mots-clés : processus d'intervention, santé au travail, transformation, maturité, étude de cas.

SUMMARY

The knowledge about the intervention in the field of occupational mental health has improved considerably, particularly from the point of view of intervention models. However, we know very little about the logic behind the intervention practices. For example, while it is recognized that primary interventions are more effective, these interventions are less prevalent than individual interventions. In addition, knowledge about the effects of interventions is still to be stabilized. Moreover, there is a lack of analysis of the implementation of the intervention based on qualitative methods and a need to focus more on the role played by the processes and contextual variables that influence the intervention. This article proposes to feed the knowledge on the intervention from a qualitative approach and centered on the intervention process. We conducted an empirical research and we considered real intervention. Using the case study, the article shows the real of the intervention, its obstacles and the adjustments it imposes. The model is also inspired by the intervention scheme proposed by the ergonomics which constitute a grid of analysis of the interventions. Eight steps are proposed to intervene by favoring a change in the organization, from the expression of the problem to the institutional decision to direct specific actions. These eight steps are grouped into four maturation periods that are: (1) the definition of the intervention, (2) evaluation, (3) the definition of recommendations, and (4) the decision on the change. The case studied is in a semi-public cultural institution with count 950 employees. The choice of the qualitative method is relevant to capture the real of the intervention and to propose thinking on what participates in the quality of an intervention. This intervention process

¹ Université Lyon 2, Institut de Psychologie, Département de Psychologie sociale et du travail, 5 av. Pierre Mendès France, 69676 Bron – s.rouat@univ-lyon2.fr (auteur correspondant); philippe.sarnin@univ-lyon2.fr

shows the effects of variation caused by lack of accession and support from management and the trade unions, the difficulty of passing from knowledge to action, and the difficult balance between expertise of consultant and expertise of stakeholders. So, the analysis of the dynamics of intervention helps to understand how positions an organization on this question and opens towards new runways to strengthen the quality of action in occupational health. Finally, the results support us in the desire to work more at an intervention clinic.

Keywords: intervention process, occupational health, transformation, maturity, case study.

INTRODUCTION

Les interventions en santé au travail se multiplient et prennent des formes différentes. Toutefois, il est encore nécessaire de comprendre les mécanismes qui sous-tendent les interventions mises en place dans les organisations et participent à construire des pratiques organisationnelles. En un sens, les travaux se portent davantage sur les résultats que sur les processus de mise en œuvre des interventions. De la même manière, les approches qui sont privilégiées pour évaluer la pertinence ou l'efficacité des actions de prévention sont largement quantitatives. Nous proposons ici d'alimenter la connaissance sur l'intervention dans le champ de la santé au travail à partir d'une approche qualitative et axée sur son processus. Nous choisissons pour cela de recourir à l'étude de cas d'intervention pour éclairer l'analyse du processus d'intervention et sa mise en œuvre. En se centrant sur le réel de l'intervention, rarement pris comme objet d'étude, pour saisir les obstacles auxquels elle se confronte, les ajustements qu'elle accomplit, nous proposons d'éclairer les processus de développement de l'action en santé au travail. Cet article permet alors de travailler à une clinique de l'intervention et de penser sa visée transformatrice, en s'aidant de la méthode de l'étude de cas. Cette clinique de l'intervention cherche à saisir ce qui constitue la qualité d'un processus d'intervention, en se dégageant de l'efficacité de ses résultats, en s'intéressant au réel de l'intervention, c'est-à-dire à ce qu'elle réussit à faire, mais également à ses ratés. Elle invite à penser l'activité de l'intervenant et le réel de l'intervention (Lhuilier & Amado, 2012), dans ce qui lui « résiste ». Ainsi, nous nous situons du point de vue de la psychologie du travail pour réfléchir aux leviers de notre action, à ses empêchements et remaniements et pour instruire, à partir du réel de l'intervention, la posture clinique dans l'action. Par exemple, ces questions sont au cœur de la méthodologie clinique de l'activité en psychologie du travail (Quillerou-Grivot & Clot, 2013) pour développer la santé au travail.

Après avoir discuté les cadres et modèles théoriques dominants dans le champ d'intervention de la santé au travail, nous envisagerons l'intérêt de convoquer l'étude du processus d'intervention afin d'améliorer la qualité des interventions. Ensuite, nous présenterons les implications méthodologiques de cette recherche à partir de la méthode de l'étude de cas et d'une grille pour décrire et analyser une intervention. Celle-ci s'appuie notamment sur la démarche de l'ergonomie (qui cherche à faire de l'intervention une pratique sociale qui engage et transforme l'action des acteurs organisationnels de la prévention²) et des conditions qui participent à la réussite des interventions. Enfin, les résultats nous porteront à discuter le sens des ajustements opérés dans la mise en œuvre de l'intervention et du passage incertain de la connaissance à l'action.

I- L'INTERVENTION DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PSYCHIQUE AU TRAVAIL

² Il faut noter ici que nous nous intéresserons aux acteurs en charge des questions de santé au travail (membres de direction, représentants du personnel, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), préventeurs...) dans l'organisation. Dans le texte nous parlerons « des acteurs » ou « des acteurs de la santé au travail » ou des « acteurs de prévention ».

Le champ de l'intervention en lien avec les problèmes de santé psychique au travail regroupe des pratiques diversifiées, qui convoquent des paradigmes et modèles théoriques différents. Parmi eux, on peut citer les modèles axés sur la prévention et la gestion des risques qui s'inspirent principalement des théories du stress professionnel. Ces cadres sont issus principalement de l'épidémiologie et inspirent la plupart des interventions en santé au travail. Nous devons dès le début clarifier que nous parlerons plus largement de santé au travail ou de santé psychique au travail, non comme une capacité d'adaptation aux exigences du travail mais comme le développement de l'activité individuelle et collective. La santé psychique au travail permet d'adopter un point de vue holistique pour considérer ce qui est mis en jeu dans les situations de travail.

I-1. PRÉVENTION DU STRESS AU TRAVAIL : ACTION AXÉE SUR LE RISQUE À ÉVITER

I-1.A. Cadres théoriques mobilisées et modèles d'intervention

L'intervention axée sur la prévention du stress au travail repose sur un découpage en trois niveaux d'intervention (primaire, secondaire et tertiaire), lesquels vont cibler différents segments du processus de stress (Murphy, 1988) et chercher à agir sur ses causes, son expérience ou ses conséquences. C'est ce modèle qui domine aujourd'hui dans l'action en santé au travail car il permet d'intégrer une politique globale de prévention. Plus précisément, la prévention primaire vise à réduire ou éliminer la présence d'agents psychosociaux pathogènes en milieu de travail (Vézina, Bourbonnais, Brisson, & Trudel, 2006). Elle repose donc sur la construction de stratégies collectives visant à modifier l'organisation du travail (Brun, Biron, & Ivers, 2007 ; Cox et al., 2000). Ce type de prévention se réalise généralement par une évaluation permettant d'identifier les facteurs de risques psychosociaux (RPS) et leurs conséquences et la définition d'un plan d'action regroupant un certain nombre de préconisations. Ensuite, la prévention secondaire a pour objectif d'aider les salariés à gérer les exigences du travail plus efficacement en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux stressseurs ou en soulageant les symptômes du stress à l'aide d'exercices de relaxation par exemple. Enfin, la prévention tertiaire fait référence aux processus de traitement, de rééducation, de réhabilitation des individus ayant souffert ou souffrant de troubles générés par le stress (Cooper & Cartwright, 1997).

Ainsi, nous avons affaire à deux grandes familles d'interventions susceptibles de se mettre en place dans les entreprises : (1) celles qui orientent l'action en amont sur les déterminants organisationnels et dont la visée est collective, et (2) celles qui se concentrent sur les individus pour renforcer leur capacité à faire face au stress, ou pour traiter les conséquences causées par le stress. On trouve différentes approches de gestion des risques qui identifient les étapes nécessaires dans l'intervention privilégiant l'identification des risques (notamment par un diagnostic et des indicateurs d'alerte de ressources humaines ou de santé) pour passer à l'action (à partir de la définition d'un plan d'action) (Brun et al., 2007 ; Expertise collective INSERM, 2011). Toutefois, d'autres modèles d'intervention peuvent être choisis pour agir sur l'organisation et non pas seulement sur l'individu et soutenir une visée collective. À ce titre, la démarche ergonomique et la clinique de l'activité constituent des ressources importantes pour l'action en se dégageant des formes d'individualisation des problèmes de santé au travail.

Ces différentes interventions peuvent également être analysées à partir du travail réalisé par Harvey et al. (2006) qui identifie deux principaux modèles d'intervention à l'œuvre dans le champ de la prévention du stress professionnel : celui axé sur le *contenu* et celui axé sur le *processus*. Ce dernier recherche davantage une transformation de l'environnement de travail en prenant appui sur la connaissance des acteurs organisationnels contrairement au premier qui privilégie les connaissances théoriques pour implanter des programmes et mesures susceptibles de modifier la perception de l'environnement de travail. Le modèle axé sur le processus est plus étroitement associé à des interventions organisationnelles.

I-1.B. Les ressorts des pratiques organisationnelles

La littérature met généralement en avant une utilisation plus importante des interventions axées sur l'individu, c'est-à-dire des stratégies secondaires et tertiaires (Giga, Noblet, Faragher, & Cooper, 2003 ; Hansez, Bertrand, & Barbier, 2009 ; Martin, Karanika-Murray, Biron, & Sanderson, 2014 ; Murphy & Sauter, 2003 ; Vézina et al., 2006). Il faut toutefois noter que nous n'observons pas de consensus sur ce sujet (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2010 ; Bergerman, Corabian, & Harstall, 2009). L'utilisation accrue d'interventions axées sur l'individu constitue donc un frein à celle d'interventions qui se centrent sur l'organisation. Plusieurs auteurs (Askenazy, 2006 ; Hepburn & Brown, 2001 ; Lhuillier, 2010 ; Lorient, Boussard, & Caroly, 2006 ; Vézina, 2007) ont cherché à comprendre les raisons qui font obstacle à la diffusion de la prévention primaire : la reconnaissance du problème, la volonté collective d'agir sur les sources du problème, la poursuite de changements. Ces usages s'expliquent en grande partie par une tendance à individualiser les problèmes exprimés par les travailleurs et conduisent au risque de psychologisation de la réponse. De plus, il n'est pas exclu que le choix d'interventions centrées sur l'individu permet de masquer des problèmes plus profonds dévoilant alors que si certains choix stratégiques et, organisationnels sont favorables à la santé financière de l'entreprise, ils s'avèrent défavorables à la santé des individus. Enfin, la psychologisation des réponses semble être fortement associée à la qualité des relations sociales, plus qu'à la représentation que les acteurs ont des problématiques (Rouat, Troyano, Cuvillier, Bobillier-Chaumon & Sarnin, 2017). En effet, les difficultés de coopération entre ces acteurs freinent la mise en débat sur le travail en faisant peser le risque d'entrer dans le champ des revendications et des négociations.

I-2. CRITIQUES DE L'ACTION CENTRÉE SUR LE RISQUE

La principale source de critique des interventions en prévention et gestion des risques pour la santé au travail provient de la clinique de l'activité. Elle met particulièrement en cause la propagation des modèles d'intervention issus de la santé publique, s'intéressant plus spécifiquement aux risques d'exposition des populations aux agents pathogènes, dans le champ de la santé au travail (Lhuillier, 2010 ; Miossec & Clot, 2011). Cette référence au risque laisse dans l'ombre la fonction du travail pour la santé ; l'approche par le risque reste souvent éloignée des problématiques du travail réel ; elle facilite la diffusion de pratiques hygiénistes et entrave le développement des ressources psychosociales ; elle témoigne d'un réductionnisme psychologique et sociologique qui aboutit à des formes de négation des conflits du travail. Cette « tentation compassionnelle » participe à externaliser le traitement et impose de nouvelles prescriptions comportementales dans l'entreprise (Clot, 2010). Mais il convient de nuancer ce propos. En fonction de la forme de leur institutionnalisation, les interventions peuvent avoir un autre destin que celui d'une normalisation des conduites et du travail. Certaines interventions cherchent à instaurer des processus coopératifs durables entre acteurs de la santé au travail pour transformer les milieux professionnels (Rouat & Sarnin, 2013).

II- L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS : POURQUOI S'INTÉRESSER AU REEL DE L'INTERVENTION ?

Nous souhaitons montrer les limites des approches méthodologiques qui portent sur l'évaluation des effets des interventions ou qui jugent de leur efficacité. En effet, de nombreux auteurs soulignent l'efficacité supérieure des interventions de prévention primaire (Bourbonnais et al., 2006 ; Brun et al., 2007 ; Dahl-Jorgensen & Saksvik, 2005 ; Eklof & Hagberg, 2006 ; Gilbert-Ouimet et al., 2011 ; Kelloway & Barling, 2010 ; Leka & Cox, 2008 ; Logan & Ganster, 2005 ; Ryan et al., 2005 ; St-Arnaud, Gignac, Gourdeau, & Vézina, 2010 ;

Stavroula & Cox, 2008), même s'il convient de nuancer toutefois ce constat (Bergerman et al., 2009 ; Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007). De plus, si on note une augmentation des évaluations d'interventions ces dernières années (Biron & Karanika-Murray, 2013 ; Egan & Bambra, 2007 ; Martin et al., 2014 ; Nielsen & Abildgaard, 2013 ; Rouat, à paraître), on constate qu'elles sont encore peu réalisées et, lorsqu'elles le sont, elles donnent lieu à des résultats contradictoires. Il n'existe donc pas d'évidences scientifiques sur l'efficacité des interventions. Par exemple, les auteurs notent des limites dans les interventions menées : trop grande variété et manque de solidité des modèles mobilisés ; ambiguïté des conclusions ; apport limité des résultats qui se contentent de fournir des recommandations ; manque de rigueur méthodologique qui ne permet pas d'exploiter les résultats ; manque d'analyse de la mise en œuvre de l'intervention à partir de méthodes qualitatives (Anderson, 2007 ; Berthelette, Bilodeau, & Leduc, 2008 ; Biron, Cooper & Bond, 2009 ; Cox & al., 2000 ; Cox, Karanika, Griffiths & Houdmont, 2007 ; Murta, Sanderson, & Oldenburg, 2007 ; Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001 ; Richardson & Rothstein, 2008 ; Semmer, 2011).

Ces travaux invitent à mettre en œuvre des cadres d'interventions plus variés sur cette question et suggèrent également de se concentrer davantage sur le rôle que jouent les processus et variables contextuelles qui influencent l'intervention. En effet, les travaux qui cherchent à apprécier l'efficacité des interventions sont majoritairement issus de l'épidémiologie et privilégient les mesures quantitatives, peu adaptées pour saisir le processus d'intervention. Comment étudier autrement la qualité des interventions qui sont menées dans les organisations ? Nous avons choisi de nous y atteler à partir d'une approche qualitative et centrée sur l'objet du processus de mise en œuvre. Celui-ci se construit dans le réel de l'intervention, dans les ajustements et remaniements qui contraignent et soutiennent son développement. Nous choisissons ici, à partir d'une analyse d'intervention, d'apprécier ce que l'intervention est capable de transformer, par l'analyse du réel de l'intervention. Il s'agit ici de mettre en lumière les processus explicatifs des actions, des ajustements que suscite la conduite d'une intervention. Certains parleront de travailler sur « la cuisine » de l'intervention (Lhuillier & Amado, 2012).

III- MÉTHODE

III-1. IMPLICATIONS MÉTHODOLOGIQUES

III-1.A. Recherche empirique et perspective diachronique

Nous avons conduit une recherche dite « de terrain » qui a consisté à participer et à mettre en œuvre plusieurs processus d'intervention dans des organisations diverses³. Rendre compte de la variation de tels processus, et de leurs effets, a nécessité de recourir à une approche diachronique, c'est-à-dire à insérer les situations et les phénomènes que l'on cherche à comprendre dans la dimension temporelle (Montangero & Pons, 1995). L'objectif étant de rendre compte de l'évolution d'un processus fondé sur la réalité des situations organisationnelles, notre approche a également reposé sur le principe d'inférence descriptive et a supposé pour cela une relation interactive entre la description et l'analyse. Entre la description des phénomènes et l'analyse s'est intercalé l'effort d'interprétation permettant une meilleure compréhension du phénomène étudié. Clot (1999) écrit que « le temps lui-même devient instrument d'enquête » (p. 136). L'approche diachronique consiste à privilégier « le voyage dans le temps » du regard sur l'objet et de « travailler transversalement avec des variables rétrospectives ou longitudinalement avec des dimensions d'accompagnement du phénomène étudié » (Juan, 1995, p. 86).

³Ici, nous centrerons nos résultats sur une seule intervention, le format de l'article ne permettant pas d'exposer l'ensemble des processus d'intervention. Il faut noter que les interventions ont été réalisées dans le cadre d'une thèse réalisée en CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la Recherche en Entreprise), à la demande d'entreprises et réalisées aux côtés d'intervenants praticiens psychologues du travail et sociologue.

III-1.B. L'étude de cas d'intervention par la narration

La description du processus d'intervention s'est faite à l'aide de la reconstitution de cas (*story et narrative history*). Pour Van de Ven & Huber (1995), ce travail consiste à « expliquer une séquence d'événements par les mécanismes générateurs sous-jacents ou par les lois qui sont à l'origine des événements et des circonstances ou contingences particulières qui existent au moment où ces mécanismes agissent » (p. 6). Fraccaroli (2002) choisit le concept de *séquence d'événements* comme moyen de rendre compte des processus de développement à l'œuvre. Il place au premier plan le rôle du temps dans l'étude dynamique des organisations et la nécessité de recourir à une méthodologie longitudinale, « capable de saisir l'évolution des événements dans leur succession temporelle » (p. 141-142). Pour rendre compte d'un processus en tant que phénomène progressif rythmé par des séquences d'événements, nous avons choisi d'observer les temps de travail, de réunion et de présentation des éléments de l'intervention avec les acteurs.

La grille d'analyse que nous présentons par la suite est une tentative de description de l'observation des séquences d'événements. La signification de ces temps est organisée d'un point de vue chronologique, mais également d'un point de vue social et organisationnel. Ainsi, notre analyse s'est attachée à présenter les séquences d'événements dans ces contextes d'apparition et à tisser du lien entre ces différents événements qui structurent le processus. En effet, « les événements n'ont pas une signification « objective », invariable et détachée de leur contexte d'apparition » (*Ibid.*, p. 143). Au-delà des événements, c'est la logique qui sous-tend leur signification qui importe le plus. Décrire un processus implique nécessairement un effort d'interprétation des logiques sous-jacentes. Ce sont ces significations qui donnent du lien aux événements qui structurent l'intervention comme un tout. Il s'agit alors de passer de « l'histoire d'un cas » à « l'étude d'un cas » (*Ibid.*, p. 144). Celle-ci consiste « à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe » (Hamel, 1997, p. 10). Dans cette perspective, « il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder » (*Ibid.*). Pour Leplat (2002), un cas est un objet, une situation constituant une *unité d'analyse* qui prend forme dans un contexte particulier qui pèse sur elle. Pour lui, le cas a une épaisseur temporelle plus ou moins grande dans la mesure où il peut s'agir d'une situation considérée à un moment donné ou d'une situation dans son développement. Il écrit ainsi qu'« en devenant une histoire, le cas éclaire son développement, la genèse de sa production ». L'étude de cas « vise à montrer comment se nouent les conditions de production du cas : c'est la caractérisation de cette articulation qui est le trait fondamental de l'étude de cas » (*Ibid.*, p. 2-3). Ces conditions rejoignent la question des liens qui s'établissent entre les séquences d'événements pour structurer le processus.

III-2. LE MODÈLE D'INTERVENTION UTILISÉ

Le modèle d'intervention que nous avons utilisé a été construit à partir de 3 niveaux de réflexions : (1) la visée du changement organisationnel issue de la prévention primaire qui guide un certain rapport à la connaissance pour l'action, (2) les ressources méthodologiques issues de la démarche ergonomique (qui associe transformation des situations de travail et engagement des acteurs de la prévention), et (3) les conditions de réussite retenues dans la littérature concernant la mise en œuvre d'intervention.

III-2.A. De la connaissance à l'action

Le modèle d'intervention que nous avons choisi pour conduire ces interventions s'inspire de l'approche axée sur le processus, susceptible de se dégager des logiques d'individualisation. Il s'appuie également sur les conditions qui participent à garantir une action durable. En effet, il a été montré (Rouat, 2010, à paraître ; Rouat et al., 2017) que la

qualité du processus d'intervention réside dans sa capacité de transformation de trois dimensions : (1) les situations de travail, (2) la perception que les acteurs ont des causes des RPS et des réponses à engager pour les prévenir, et (3) la qualité des liens de coopération entre les acteurs chargés des questions de santé au travail. Ces dimensions relèvent de la capacité à inscrire une préoccupation de la santé au travail dans le temps. En ce sens, l'intervention doit alimenter une dynamique psychosociale, plaçant au cœur de l'action la confrontation entre acteurs, favorable à la maturation de l'organisation sur les questions de santé psychique au travail. L'intervention est l'occasion d'influencer le niveau de maturité d'une organisation sur ces questions (Rouat, 2010).

De plus, les interventions auxquelles nous nous intéresserons sont de type primaire. Il s'agit donc de développer un processus d'intervention permettant la mise en place de changements. Étudier le processus d'intervention, c'est-à-dire sa dynamique de développement, nécessite de comprendre comment s'imbriquent processus d'intervention et dynamique de changement. Le processus que nous visons fait référence à la manière dont évolue l'intervention à partir de l'analyse de la demande jusqu'à la détermination d'orientations de changement. Nous pensons que cette progression de la connaissance à l'action est un passage significatif du processus d'intervention. L'étude de Hansez et al. (2009) montre en effet qu'il existe de nombreux facteurs qui bloquent le passage d'un diagnostic à l'action. Tout changement demande de garantir la mise en place de processus permettant de passer d'un état à un autre, passer de la définition à l'action, passer des procédures définies à des processus durables.

III-2.B. L'ergonomie comme ressource pour l'intervention

Si notre positionnement est celui de la psychologie du travail, nous trouvons dans les travaux réalisés en ergonomie des ressources pour définir les conditions et étapes clefs d'une intervention (Coutarel, Caroly, Vézina, & Daniellou, 2015 ; Dugué, Petit, & Daniellou, 2010 ; Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, & Kerguelen, 2001 ; Petit & Coutarel, 2013). Ces travaux ont saisi l'importance d'associer au développement de l'activité celui de l'action des acteurs de la prévention, de leur rôle dans l'intervention et de ce qui est attendu d'eux dans le développement du pouvoir d'agir des collectifs et des individus. Les travaux en clinique de l'activité portent une attention clinique au niveau qui réunit ces acteurs décisionnaires qui sont engagés généralement au sein d'un comité de pilotage pour réaliser des choix de transformation des situations de travail. Mais la formalisation de ce niveau d'intervention est un objet de recherche plus récent (Quillerou-Grivot & Clot, 2013). Les travaux cherchent, de ce point de vue, à déplacer les problèmes soulevés par l'analyse des conflits d'activité vers celui des concepteurs et managers. Il faut donc préciser que ce ne sont pas les objectifs de transformation visés par l'ergonomie qui sont recherchés ici (cf. plus haut), mais nous avons choisi de prendre appui sur certains travaux pour en tirer des ressources méthodologiques permettant de mieux formaliser le rôle des acteurs de la prévention dans l'intervention et pour la transformation.

Plus particulièrement, le modèle prend en partie appui sur la démarche ergonomique proposée par Guérin et al. (2001) qui décrit les étapes clefs d'une intervention : (1) l'analyse de la demande, (2) la formulation d'une proposition d'intervention, (3) la mise en place de structures de pilotage et de groupes de travail pour s'assurer de la participation de l'ensemble des acteurs dans l'analyse, la production de connaissances et la conception d'actions de changement, et (4) la réalisation du diagnostic qui identifie les difficultés rencontrées et leurs causes, et dégage ainsi les points sur lesquels doivent porter les changements. Ces étapes rejoignent, en cela, celles d'une intervention de type primaire. La manière dont les questions qui sont posées dans l'organisation et dont les problèmes à résoudre sont discutés et construits vont considérablement orienter la conduite de l'intervention. Celle-ci va également dépendre de la capacité de l'organisation à s'approprier et mettre en œuvre les résultats de l'action. La

conduite de l'intervention doit, par conséquent, se centrer à la fois sur la production de résultats à atteindre et « un processus à initialiser et à accompagner, guider par le souci de pérennisation de l'action par des effets de long terme » (*Ibid.*, p. 264). L'intervention ne doit pas être comprise « comme une série de méthodes à appliquer les unes après les autres. C'est au contraire, la richesse des ajustements, des régulations introduites pendant toute l'intervention qui conditionneront son succès » (*Ibid.*, p. 130).

De plus, l'intervention cherche à définir des possibilités nouvelles aux niveaux collectif, institutionnel et organisationnel pour développer durablement le pouvoir d'agir en influençant les processus qui configurent durablement les situations de travail (Coutarel et al., 2015). Pour cela, il est important d'agir sur d'autres situations de travail, et de transformer l'activité d'autres acteurs (concepteurs et managers par exemple), elle-même cible de l'intervention. Dugué et al. (2010) ont d'ailleurs montré que l'intervention ergonomique pouvait constituer un acte pédagogique dans la mesure où agir sur l'activité des acteurs de la prévention et repenser leurs marges de manœuvre, nécessitent de transformer leurs représentations des situations de travail. La démarche trouve son sens dans le transfert de connaissances et le partage de savoirs entre les différents acteurs qui deviennent des sources potentielles d'apprentissages.

L'intervention devient donc un moyen pour construire de nouveaux modes d'interaction dans le collectif et l'organisation, où peut s'instituer le débat sur le travail. Les acteurs de la prévention peuvent alors expérimenter d'autres modes de coopération sur la compréhension des problèmes et la recherche de solutions, avec comme espoir que ces interactions nouvelles puissent se pérenniser (Coutarel et al., 2015 ; Rouat & Sarnin, 2013). Ici, les temps de réunion ne sont pas compris comme des temps de restitution du travail accompli par l'intervention, validant une étape parmi d'autres, mais comme un instrument au service de l'action en santé au travail. En cela, la problématique de la durabilité de l'intervention est étroitement liée à son périmètre ; elle ne peut renoncer à enrichir le dialogue social, nourri de différentes rationalités et points de vue sur le travail.

Ainsi, il est visiblement moins utile de rechercher des résultats immédiats pour se diriger vers une action de long terme, car l'enjeu de l'intervention ne repose pas seulement sur la découverte d'une solution au problème, mais sur la construction collective de ce dernier. Il s'agit là d'une conception de l'intervention plus dynamique. Ainsi, l'intervention n'est pas réduite à la mise en œuvre d'une expertise technique, mais elle est également une pratique sociale.

On retrouve dans d'autres travaux cette idée de l'utilité sociale que peut remplir l'intervention dans ce qu'elle est susceptible de modifier du savoir et de l'action des acteurs. Il ressort, par exemple, que « le simple acte de participer au processus peut aussi être utile » (Patton & LaBossière, 2009, p. 150) car le processus est une occasion d'apprentissage pour ceux qui y participent et est tout aussi important que la mobilisation des résultats à des fins de décision ou de changement (Patton, 1988). En un sens, nous pouvons dire qu'il vient renforcer les capacités collectives des acteurs, pour que le travail devienne ou redevienne un objet de pensée et existe dans l'action qu'ils engageront. Le processus d'intervention permet d'ouvrir à la découverte de marges de manœuvre nouvelles qui sont, la plupart du temps, enfermées dans les conflits sociaux et les jeux d'acteurs. Ainsi, la question de l'utilité dans la durée renvoie à ce que l'intervention a contribué à construire dans l'organisation et qui doit pouvoir « demeurer, s'autonomiser, acquérir une légitimité qui résiste au temps ». L'enjeu est donc « qu'un point de vue sur le travail puisse continuer d'être présent » (*Ibid.*, p. 267). L'intervention pose donc la question de la manière dont vont se structurer les représentations des acteurs, les positions de chacun dans l'intervention. Par conséquent, l'analyse du processus d'intervention peut nous aider à comprendre le rapport qu'ils entretiennent avec les questions de santé psychique au travail plus généralement et les ressorts de l'action et ses obstacles.

Enfin, pour envisager le processus d'intervention, nous nous sommes référés aux conditions de réussite dégagées par la plupart des travaux.

III-2.C. Des conditions de réussite

Les principaux éléments qui facilitent l'intervention reposent principalement sur : le soutien de la haute direction (financier notamment), l'implication du collectif, le soutien aux encadrants lors des changements, la bonne préparation de la démarche, l'implication de tous les niveaux hiérarchiques, la transparence de la direction, la qualité du débat entre acteurs, l'approche participative, la réunion d'équipes pluridisciplinaires, etc. (Brun et al., 2007 ; Cox et al., 2000 ; Hansez et al., 2009 ; Kompier, Cooper, & Geurts, 2000 ; Murta et al., 2007 ; Nielsen & Randall, 2012 ; Rouat, 2010 ; St-Arnaud et al., 2010).

Malgré ces « recommandations », la littérature ne discute pas la méthodologie favorable à la construction des préconisations. Les recherches, lorsqu'elles questionnent le problème des solutions, restent très discrètes sur leur construction dans l'organisation. Ainsi, il s'avère que la connaissance du risque n'est pas toujours une voie prometteuse pour définir l'action de transformation (Rouat, 2010). Les travaux réalisés semblent s'appuyer sur l'opération de renversement du problème en solution logique permettant un « retour à la normale ». Mais on aurait tort de prétendre que « tout se passe comme si, du diagnostic à l'intervention, la voie était royale, simple et directe » (Hansez & de Keyser, 2007, p. 189).

Les études produisent donc des recommandations difficilement applicables (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001) et rattachent les solutions uniquement à l'expertise des chercheurs. Alors que, pour favoriser le changement, le diagnostic doit aller se confronter à d'autres interprétations et points de vue (Guérin et al., 2001). Cette confrontation va permettre l'élaboration de solutions et elle nécessite le concours des acteurs qui vont traduire l'originalité des problématiques de l'organisation et des ressources dont elle dispose. Les effets du diagnostic ne dépendent pas seulement de la pertinence de celui-ci, mais de la façon dont il aura été mis en circulation dans l'organisation, afin d'influencer les processus de décision. L'intervention doit amener les acteurs à « regarder les situations de travail à partir d'un point de vue nouveau », provoquer des questions « d'une autre nature » et faire émerger de nouveaux problèmes qui vont contribuer à faire évoluer les relations sociales dans l'organisation (*Ibid.*, p. 266). L'intervenant, quant à lui, « ne reste pas indéfiniment dans la situation concernée par la transformation ». Giust-Desprairies (2001) explique que « ce qui change, c'est le regard porté par les acteurs sociaux sur les situations, sur eux-mêmes et sur les autres, qui se trouve déplacé par le travail d'élucidation » (p. 43). Castoriadis (1975) faisait référence à un éclaircissement qui permet l'accès à plus d'autonomie, réflexive et délibérante, ce qui rend davantage compte du processus visé.

III-3. DESCRIPTION DE LA GRILLE D'ANALYSE

Nous avons construit un outil pour décrire et analyser une intervention. Cette grille d'analyse a été construite à partir du modèle ergonomique, des conditions qui participent à la réussite des interventions, et des expériences d'intervention. Huit étapes sont proposées pour intervenir en favorisant un changement dans l'organisation, à partir de l'expression du problème ou de la situation problématique jusqu'à la décision institutionnelle d'orienter des actions spécifiques, propices à une amélioration des situations de travail et de la santé. Ces étapes sont regroupées dans quatre temps de maturation qui sont : (1) la définition de l'intervention, (2) le diagnostic, (3) la définition de préconisations, et (4) la décision relative au changement. Nous reprenons ces différentes étapes en explicitant à chaque fois les objectifs visés et les moyens nécessaires pour y parvenir. Cette explication met en relief l'idée de progression de la démarche et de maturation organisationnelle. Le schéma suivant rend compte du modèle d'intervention auquel nous nous sommes référés et qui a servi de grille d'analyse pour étudier les interventions.

Figure 1. Modèle d'intervention utilisé et outil d'analyse

Figure 1. Intervention model used and analysis tool

Temps 1 : Définition du cadre de l'intervention

Ce premier temps fait référence à la manière dont l'organisation va formuler le problème à l'origine de sa demande. Ce temps d'échange autour de ce qui fait problème, puis la négociation d'un cadre d'intervention, est un temps essentiel de l'intervention. Il s'agit de reformuler le problème sous la forme de l'analyse de la demande. L'expression du problème et de la demande dépend en partie du « niveau de maturité » de l'organisation sur les questions de santé au travail, ce qui va influencer les pratiques visées, et souvent les enfermer dans des formes d'individualisation. L'analyse de la demande tend à ouvrir alors des pistes de questionnements sur l'organisation et l'activité. Pour cela, l'intervenant favorise un cadre collectif, en présence des différents acteurs de la prévention, pour négocier la demande et le cadre d'intervention. Il est important ici de définir ce que nous entendons par niveau de maturité de l'organisation. Il définit le rapport que l'organisation entretient avec les liens qui s'établissent entre le travail et la santé, influencé par des événements divers (d'ordre juridique, médiatique, social, organisationnel, individuel), qui agissent sur sa prise de conscience du rôle que joue le travail dans la construction et la dégradation de la santé et qui soutient une approche vers un questionnement institutionnalisé des questions de santé au travail. Le processus d'intervention est, en cela, un facteur de maturation de l'organisation.

- Étape 1 : La construction de l'intervention permet la discussion sur la nature, la visée et les modalités de l'intervention avec l'ensemble des acteurs concernés par la prévention des RPS et qui composeront le comité de pilotage, constitué d'acteurs plus ou moins porteurs de la commande ou concernés par elle. Cette instance, généralement décisionnaire et paritaire (constituée de représentants de la direction et du personnel) est garante des orientations stratégiques données aux différentes actions et valide les propositions d'amélioration intégrées au plan d'action. Elle fait le lien entre ces propositions et la faisabilité et elle est le lieu où se modifient les rapports à la question du travail, accueillant les conflictualités qui le traversent. En instaurant cette confrontation entre acteurs, le comité de pilotage est un objet de la transformation. Enfin, la construction de l'intervention définit les règles qui cadrent la démarche (la confidentialité, le volontariat, la transparence, l'implication du collectif, etc.).

- Étape 2 : L'implantation de la démarche se traduit, d'une part, dans la mise en œuvre d'une action de communication vers l'ensemble des salariés. Celle-ci concerne la démarche et cherche à favoriser l'adhésion. D'autre part, elle organise la constitution d'un groupe de travail, reflétant la diversité des métiers et fonctions, pour instaurer les conditions de mise en débat et de construction collective. Le groupe de travail joue un rôle majeur dans la mise en sens des résultats du diagnostic et l'élaboration de préconisations. L'intervenant anime ce groupe de travail.

Temps 2 : Diagnostic

Ce temps correspond à la réalisation du diagnostic des situations de travail vécues par les salariés. Il nécessite de construire des instruments et des critères d'échantillonnage élaborés en concertation avec le groupe de travail.

- Étape 3 : Le diagnostic se fait à l'aide d'outils qualitatifs. L'intervenant privilégie les entretiens individuels et collectifs de type semi-directif. Le diagnostic peut éventuellement être complété par des observations directes ou un questionnaire. L'objectif est d'identifier les

facteurs de RPS en interrogeant les situations qui sont susceptibles de produire de la souffrance et de déterminer les facteurs de satisfaction et de plaisir au travail. L'invitation aux entretiens est réalisée par l'intervenant. Les entretiens se réalisent au sein de l'entreprise. Leur durée varie d'une heure à une heure trente et ils sont de préférence enregistrés, avec l'accord des personnes.

- Étape 4 : Une fois les résultats interprétés, la restitution se réalise dans un cadre officiel. La première restitution est réalisée avec le groupe de travail. Ce temps d'échange constitue un temps d'appropriation et de confrontation autour des résultats et de leur contextualisation. La seconde restitution est effectuée auprès du comité de pilotage durant laquelle se retrouvent les acteurs institutionnels qui pourront échanger. Les modalités de présentation sont relativement les mêmes que celles choisies pour le groupe de travail. Le contenu des résultats est identique et peut reprendre les nuances apportées par le groupe de travail.

Temps 3 : Définition des préconisations

La définition des préconisations s'inspire des résultats du diagnostic et suit une méthodologie permettant une élaboration progressive et organisée.

- Étape 5 : La structuration du plan d'action se fait en deux temps : le groupe de travail identifie les zones problématiques à partir des éléments disponibles dans le diagnostic, procède à des regroupements de problématiques pour construire et caractériser des catégories thématiques ; puis, il élabore des préconisations en lien avec chacune des catégories constituées. Celles-ci désignent des objectifs vers lesquels le changement doit tendre. De plus, l'élaboration de préconisations implique d'identifier les ressources déjà disponibles dans l'organisation pour les utiliser différemment et identifier alors les ressources manquantes qu'il est nécessaire d'imaginer. Les participants peuvent aussi bien proposer de modifier des procédures de travail, d'en imaginer de nouvelles, d'en compléter certaines.

- Étape 6 : La restitution du plan d'action réunit le comité de pilotage et le groupe de travail. L'intervenant présente généralement le plan d'action. Avant la présentation, il est rappelé aux membres de la direction la règle fixée au départ de la convention qui lui impose de justifier les raisons qui vont l'amener à ne pas retenir certaines préconisations. Au moment de la restitution, la direction n'est pas censée se prononcer sur le plan d'action. Le processus de décision nécessite souvent un temps de réflexion de la direction. L'intervention s'arrête généralement là.

Temps 4 : Décision

L'étape de restitution du plan d'action intègre déjà d'une certaine manière le temps de réflexion sur le changement. Réfléchir au changement et à ses effets sur le milieu et sur son coût demande à l'organisation un temps d'appropriation.

- Étape 7 : L'appropriation organisationnelle repose sur les moyens qui vont permettre d'enraciner et de faire exister les résultats de l'intervention. Ces moyens vont passer par l'échange entre acteurs et la diffusion de l'intervention. Une présentation de l'étude peut être organisée avec les instances élargies (CHSCT, Comité d'Entreprise) avec ou sans l'intervenant. Celui-ci n'agit plus dans le processus d'intervention et prend soin de faire rejoindre deux processus : celui de l'intervention réalisée et celui du changement.

- Étape 8 : La décision de changement est prise par la direction. Elle peut prendre des décisions à des niveaux plus ou moins localisés (formation des managers, modification de prescriptions, réactualisation des fiches de postes, etc.). L'intervenant peut aider à la réflexion préalable sur la mise en œuvre des procédures liées au changement et à la manière dont ces procédures participeront à la mise en place d'un futur processus durable.

L'analyse du cas d'intervention s'appuie sur cette grille d'analyse. Si l'intervention est une activité, cette grille recouvre la tâche. Les résultats témoigneront du réel de l'intervention.

Pour rendre compte *a posteriori* du processus d'intervention, nous nous sommes appuyés sur les comptes rendus de réunions, réalisées en cours d'intervention avec le groupe de travail et le comité de pilotage, et de notre carnet de bord. Ces supports témoignent du déroulement de l'intervention, du développement de son processus et de la nature des relations qui évoluent au fur et à mesure de l'action. Il aurait été intéressant d'y associer des enregistrements de réunions pour articuler davantage les approches subjectives et objectives, mais compte tenu du contexte d'intervention ces enregistrements n'ont pas été possibles.

IV- ANALYSE DES RÉSULTATS

La forme de l'article ne permettant pas de s'installer dans la narration du cas d'intervention, nous choisissons d'extraire de l'analyse du cas les événements saillants qui influencent la mise en œuvre de l'action, ceux qui lui résistent et les opérations d'ajustement réalisées.

IV-1. PRÉSENTATION DU CAS D'INTERVENTION ET DE LA DEMANDE

Le cas étudié se passe dans un établissement culturel semi-public. Plus précisément, c'est une société de droit privé chargée d'un service public. Elle compte environ 950 salariés (650 titulaires et 300 contractuels). Ce lieu possède une histoire forte et sa vocation pédagogique est fortement porteuse de sens pour les salariés. Cette intervention s'est étendue sur 10 mois.

Parmi les multiples animations culturelles qu'elle conçoit, une exposition sur le suicide avait été organisée. Quelques jours plus tard, en marge de cette exposition, nous avons été contactés par le directeur des ressources humaines après le suicide d'un salarié. Dans un contexte très tendu, une réunion lors d'un CHSCT extraordinaire a permis de poser des mots sur cet acte qui avait ébranlé le personnel. Un mois plus tard, dans le cadre d'un nouveau CHSCT, nous avons présenté une démarche possible d'intervention de type primaire. De plus, nous proposons préalablement l'organisation d'un séminaire introductif à l'action de prévention, rassemblant encadrants et partenaires sociaux, destiné à souligner symboliquement l'implication de l'organisation.

Notre proposition a d'abord fait l'objet de débats entre partenaires sociaux. Ils ont porté sur la difficulté et l'intérêt de s'inscrire dans une démarche participative, notamment dans le contexte de méfiance et l'ambiance pesante de l'établissement. De fortes tensions existaient entre direction et syndicats et de profonds désaccords divisaient visiblement les fédérations syndicales. Nous avons rencontré l'intersyndicale pour échanger sur les enjeux de co-construction inhérents à la démarche proposée. Après cela, la direction s'est engagée dans une démarche qui entendait « *créer les conditions d'un dépassement de la crise* ». Seuls la réalisation d'un diagnostic partagé et l'accompagnement à la structuration d'un plan d'action ont été retenus. Parallèlement, un suivi psychologique des salariés qui en ressentaient le besoin a été organisé. Puis, nous avons organisé l'intervention.

IV-2. ANALYSE DU CAS À PARTIR DE LA GRILLE D'ANALYSE DE L'INTERVENTION

Étape 1 : La construction de l'intervention

Le comité de pilotage était composé du directeur des ressources humaines et de ses représentants, du directeur du CHSCT (représentant de la direction), du médecin du travail. Nous souhaitions que le secrétaire du CHSCT y participe. Présent uniquement lors de la première réunion, sa présence a ensuite fait l'objet de débats entre organisations syndicales. Des désaccords n'ont pas permis à ce représentant de prendre part à l'instance décisionnaire. Le groupe de travail, quant à lui, était composé de salariés qui souhaitaient s'engager dans la démarche, des représentants de la direction des ressources humaines (DRH) et des syndicats, des membres du service médico-social et des représentants de différents corps de métier.

Étape 2 : L'implantation de la démarche

Une information a été diffusée à tout le personnel. Compte tenu de la difficulté d'impliquer le CHSCT au processus d'intervention et de la réticence des organisations syndicales à proposer qu'un de leurs représentants participe à la réflexion du groupe de travail, nous⁴ avons souhaité transmettre une information relative à l'intervention aux membres du CHSCT et aux différentes organisations syndicales. Elle décrivait le rôle du groupe de travail et la nécessité de réunir un groupe paritaire. Ensuite, l'implication des acteurs a été favorisée par l'organisation d'un temps de formation préalable. Cette formation portait sur l'objet des RPS et donnait la possibilité d'échanger et de produire une compréhension partagée de ces questions. Les acteurs ont fortement investi cet espace de formation, en mettant en lien les appuis théoriques et l'expérience qu'ils avaient des contextes de travail. Néanmoins, on percevait que, pour un certain nombre, la question de la souffrance au travail prenait un sens réel. En effet, il arrivait que les participants fassent part d'événements professionnels qui les avaient particulièrement fragilisés. La question de la souffrance au travail retentissait pour chacun et nous avions à cœur de maîtriser son effet sur l'intervention pour qu'elle se centre sur le travail et non la souffrance, et les maintienne en position d'acteurs dans la recherche de solutions.

Étape 3 : La réalisation du diagnostic

Avant la réalisation du diagnostic, nous avons pris soin d'organiser un temps d'élaboration collective du diagnostic avec le groupe de travail qui a conduit à certaines modifications. Si nous sommes parvenus à valider les modalités du diagnostic, nous avons rencontré quelques difficultés qui nous ont amenés à recadrer l'intervention, car un risque se développait. Le risque était de favoriser un glissement vers la prise en compte d'insatisfactions personnelles. En effet, le groupe était composé de personnes connaissant des difficultés dans leur travail. Nous percevions que le problème qu'elles vivaient rendait complexe l'exercice de construction collective, qui demande de s'extraire de sa position personnelle pour envisager des ouvertures pour l'intérêt du collectif dans son ensemble. Aussi, nous leur avons fait part de notre ressenti vis-à-vis de ce problème et de notre souhait de travailler ensemble au-delà de ce qui leur était arrivé. Nous leur avons enfin demandé de valider avec nous au cours de la séance si elles se sentaient capables de continuer à s'impliquer dans ce groupe et de contribuer à améliorer la situation dans un intérêt commun. Toutes ont indiqué qu'elles souhaitaient poursuivre.

Dans une première phase, les salariés ont été entendus dans le cadre d'un entretien semi-directif. Dans une seconde phase, nous avons réuni des salariés dans le cadre d'un entretien collectif. Les entretiens ont été les seuls instruments retenus, l'intervenant évitant de proposer d'emblée le questionnaire, constitué généralement d'échelles de mesure du stress, qui était ici peu adapté compte tenu du contexte de crise. Ce choix méthodologique était également alimenté par des théories sous-jacentes portées par le collectif d'intervenants refusant d'associer la compréhension des enjeux du travail à la mesure uniquement. Ensuite, les observations n'ont pas été proposées, la structure intervenante privilégiant alors l'entretien comme outil principal de diagnostic.

La réalisation des entretiens a été pour nous un exercice en soi d'adaptation à un milieu traversé par des tensions diverses et fortes. Nous avons rencontré des difficultés au cours de l'organisation des entretiens qui ont nui à la crédibilité de l'intervention. En effet, après avoir sollicité la personne, nous devons lui indiquer précisément le lieu de notre rencontre, préalablement précisé par un membre de la DRH, mais qui s'avérait soit incorrect, soit inexistant. Les personnes se perdaient dans les couloirs, nous partions à leur recherche, mais sans pouvoir ni les reconnaître, ni interroger les « passants ». Ces difficultés ont causé

⁴ L'intervenant auquel nous ferons référence est à entendre de deux façons : la personne qui a conduit l'intervention et le collectif auquel elle était rattachée et qui guide son action sur le terrain.

quelques absences aux entretiens. Pour les personnes présentes, des critiques ont parfois été formulées quant à l'organisation des entretiens. Elles pouvaient remettre en question clairement ou de façon sous-entendue la volonté réelle de l'institution d'aller vers le changement. Nous avons donc été amenés à organiser une deuxième session d'entretiens. Dans l'échange, la question du suicide de l'ancien collègue était présente. Elle devenait parfois un indicateur pour comparer sa souffrance : « *Heureusement, je suis là. Quelqu'un d'autre il se serait suicidé* ». L'entretien collectif a réuni des chefs de service. Malgré une forte participation, et après le départ du représentant de la DRH, les participants ont avoué avoir ressenti du stress, de la gêne et de la retenue face à l'attitude du représentant qui venait relativiser les résultats. Ce moment-là a été également celui où ils se sont exprimés sur le suicide de leur ancien collègue.

Étape 4 : La restitution

La restitution soulevait des enjeux forts. Compte tenu des tensions, le diagnostic devait être partagé et constituer une base de compréhension et de préconisations d'action. De plus, nous avons quelques craintes concernant cette restitution dans la mesure où les résultats mettaient particulièrement en cause la DRH. L'instance à l'origine de l'intervention était largement « pointée du doigt » comme contribuant à la souffrance des agents. Pour cela, et dans la mesure où l'ensemble des acteurs institutionnels était mis en cause, nous avons choisi d'évoquer un problème de légitimité perçue des acteurs institutionnels, en reprenant ces différents extraits d'entretiens.

La première présentation a été faite durant une séance avec les membres du groupe de travail qui ont indiqué que « *rien ne les étonnait dans la restitution* ». Un échange plus poussé a eu lieu ensuite entre les représentants de la DRH, particulièrement mis en cause par les personnes interviewées, et le reste des salariés. Ces représentants ont pu faire part des difficultés qu'ils rencontraient eux-mêmes dans l'exercice d'aide des salariés. La seconde présentation a été réalisée auprès des membres du comité de pilotage. Alors que le cadre formel de la restitution était clairement posé, nous avons perçu un manque d'attention de la part du directeur des ressources humaines.

Enfin, il était intéressant d'observer la manière dont les résultats du diagnostic étaient diffusés dans l'organisation, par des canaux informels. En effet, les membres du groupe de travail, et plus particulièrement les représentants des organisations syndicales, transmettaient les supports en question à d'autres représentants, voire à d'autres groupements syndicaux, qui n'avaient d'ailleurs pas souhaité se joindre à l'intervention. Mais également d'autres participants, non syndiqués, diffusaient également les résultats de l'étude. Le diagnostic devenait un objet médiateur et catalyseur des tensions institutionnelles.

Étape 5 : La structuration collective du plan d'action

Entre les deux premières séances de travail, nous apprenions qu'un des salariés de l'institution avait tenté de se suicider. En effet, alors que nous préparions notre prochaine séance de travail, nous avons reçu un courriel de la part des deux représentants syndicaux du groupe de travail qui nous demandaient de modifier les objectifs de cette séance et de mettre à l'ordre du jour cette question. Ce courriel étant diffusé en même temps à d'autres participants, ces derniers joignaient leurs commentaires. Ainsi, la seconde séance a débuté par l'évocation de l'événement qui semblait marquer encore les esprits. Des participants soulignaient qu'il n'était plus possible de continuer ainsi, que la direction devait prendre conscience de la gravité de la situation. D'autres soulignaient qu'il fallait être prudent sur l'interprétation de l'origine professionnelle de ce passage à l'acte. Le surgissement d'un tel événement plaçait le collectif dans une attitude de résignation, ressentant l'inutilité de sa mobilisation, ou dans une posture poussée à aller plus vite dans la construction de l'action.

Dans l'exercice de structuration des propositions, chacune des préconisations a fait l'objet d'une discussion collective. Les participants avaient bien conscience du temps qui allait manquer pour affiner ce plan d'action. Le débat a donc été très animé et productif. Il a permis de critiquer chacune des préconisations et de réduire au maximum le plan d'action en fonction de chacun des thèmes. Il s'est efforcé de tendre vers des propositions d'actions concrètes. Mais la séance a été assez agitée, compte tenu des désaccords sur ce qui était pertinent, prioritaire d'inscrire et ce qui paraissait au contraire complètement décalé et saugrenu. Nous n'avions pas le temps de réellement débattre des préconisations. Et, il fallait avancer. Il a donc été décidé qu'en cas de désaccord le vote allait permettre de trancher. Nous ne pouvions disposer du temps nécessaire pour produire un plan d'action partagé, solide et crédible. Certains manifestaient leur perplexité à l'égard de préconisations insensées et irréalisables. Mais le vote avait parlé. En fin de séance, nous avons encouragé le groupe à désigner un représentant pour présenter, avec notre appui, le plan d'action lors de la restitution globale au comité de pilotage. Nous avons rencontré ce représentant avant la présentation afin de l'organiser. Il était inquiet de devoir présenter un plan d'action qu'il n'approuvait pas dans sa totalité.

Étape 6 : La restitution

Le plan d'action a été restitué dix mois après la demande d'intervention. Le nouveau directeur général venait tout juste d'intégrer l'établissement. Ainsi, les membres du comité de pilotage, précédemment identifiés, n'étaient pas présents, ni le médecin du travail, qui avait jusque-là été notre plus grand allié, ni le directeur des ressources humaines qui s'était excusé. Pour nous, le temps de l'appropriation organisationnelle n'allait pas être propice au changement dans la mesure où la transition n'était visiblement pas assumée. Qui allait se saisir des résultats ? Après la restitution, le directeur général a dit prendre note de ces éléments qui seraient rapidement mis à l'étude. Ensuite, nous avons quitté les lieux dans la mesure où l'intervention prenait fin. C'était aux acteurs eux-mêmes d'assurer le changement.

Étape 7 : L'appropriation organisationnelle

Une réunion s'était tenue quelques mois plus tard entre la direction générale (DG) et le comité de pilotage où avait été souligné l'intérêt de poursuivre, de ne pas fermer un dossier qui suscitait encore beaucoup d'attentes de la part des salariés. Nous apprenions qu'une présentation des actions initiées suite à l'intervention avait été faite au CHSCT. Et, après cela, le CE (Comité d'entreprise) nous a contactés afin de présenter les éléments de notre intervention lors de sa prochaine réunion. Les acteurs syndicaux ont pris la parole à tour de rôle : (1) revenant sur le contexte difficile (« *dialogue social rude* ») dans lequel l'intervention s'était déroulée, (2) expliquant les raisons de leur non-participation à la démarche en considérant que la direction avait « *vicié* » la démarche méthodologique, (3) critiquant la méthode de diagnostic et validant en même temps ces résultats, (4) soulignant qu'il constituait un « *nouvel événement* », et les limites des décisions prises (« *on ne traite pas les causes avec du soutien psychologique* »), et (5) regrettant que la direction ait court-circuité le CHSCT. La DG a ensuite répondu qu'elle avait « *la volonté de s'attaquer aux causes* ». Un autre acteur syndical se demandait ainsi « *comment traiter les causes si pendant les négociations, on a affaire principalement à des refus de la direction ?* ». Ainsi, ils déclaraient « *attendre* » de voir « *comment la direction [allait] prendre en compte tout ceci* », en mettant en place des actions, et non pas des « *mesurettes* ». Après qu'un représentant ait exprimé qu'il avait l'impression de parler à une « *statuette* », il a demandé à la DG ce qu'elle comptait faire. Un autre l'a interrompu pour questionner la manière dont la DRH interprétait les résultats dont elle était particulièrement la cible. Une autre a pris la parole pour demander « *comment passer du constat à l'action ?* ». En effet, les acteurs continuaient de se disputer sur la portée des résultats mis en avant par le diagnostic. Si celui-ci faisait débat, après plus de trois

trimestres, l'action restait suspendue, bloquée. Enfin, à la fin de la réunion, le directeur des ressources humaines a décliné les différentes mesures prises par la direction suite à l'intervention pour renforcer la prévention des RPS. Les acteurs syndicaux exprimaient de manière globale leur étonnement et leur colère en constatant « *un décalage phénoménal entre les alertes* » réalisées par l'inspection, le médecin du travail, le diagnostic, « *et les actions entreprises* ». Alors que « *tous les clignotants [étaient] au rouge* », il n'y a « *aucune piste d'intervention à la hauteur* ». Une personne a insisté, de manière sarcastique, que la meilleure action déclenchée était de faire venir du personnel compétent pour aider la DRH. Ainsi, l'appropriation organisationnelle a consisté à débattre des résultats du diagnostic et à critiquer la position des uns et des autres dans sa contribution à bloquer le changement.

Étape 8 : La décision de changement

Les décisions prises par la direction en vue d'engager des changements concernaient l'organisation du travail, le management et le personnel. Ainsi, quatre actions avaient été validées par le directeur général. La première était la prolongation de la cellule psychologique. La seconde action concernait la poursuite des négociations au sein du dispositif GPEC (Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) en affinant la définition du référentiel des métiers, en clarifiant le rôle de chacun, l'évolution des métiers, les fiches de postes. La troisième portait sur le soutien à la réorganisation d'un service qui avait fusionné avec un autre et qui connaissait depuis de nombreuses difficultés. Un groupe de travail, accompagné par un cabinet extérieur spécialisé dans les ressources humaines a été constitué pour clarifier et articuler la relation entre les deux services. La quatrième action concernait la formation des managers sur la question de la souffrance au travail. Une sensibilisation a été également organisée dans le cadre d'un comité de direction. Les actions validées, bien que quelques-unes semblent correspondre aux préconisations définies pendant l'intervention, nous donnent finalement l'impression qu'elles s'appuient sur celles émanant du groupe de travail pour se légitimer. Cette intervention, au niveau de l'action, a permis de donner du crédit à l'action de la DRH. C'est un des risques de l'intervention. On perçoit un soupçon de faux-semblant dans les actions décidées par la direction dans la mesure où certaines sont en réalité déjà en cours dans l'organisation. Nous proposons, après avoir décrit les étapes et séquences d'événements de ce processus d'intervention, d'en faire l'analyse.

IV-3. ANALYSE DU CAS

IV-3.A. Retour sur la grille d'analyse

La majorité des étapes a pu être respectée dans ce processus d'intervention. Le temps de la définition de l'intervention a réuni les différents acteurs, mais les tensions sociales ont finalement empêché la participation du secrétaire du CHSCT. Néanmoins, la parité a pu être respectée au sein du groupe de travail. Nous avons ainsi basé notre intervention sur les conditions de la confrontation et de la participation du personnel. Ensuite, le temps du diagnostic a permis d'aboutir à une connaissance des facteurs susceptibles de causer des souffrances, portée par la suite à la discussion et à la validation des acteurs. Nous avons rencontré quelques problèmes d'organisation des entretiens, notamment à cause d'erreurs de la DRH. Quant au temps des préconisations, nous avons respecté la plupart des objectifs de notre méthode. Toutefois, nous avons éprouvé une difficulté dans la construction du plan d'action. En effet, du point de vue des acteurs institutionnels, en particulier de la DRH, l'une des faiblesses de l'intervention a résidé dans l'incapacité d'élaborer un plan d'action crédible, qui tienne compte au préalable des limitations inhérentes à la réflexion sur le changement. Par exemple, l'une des préconisations insistait sur l'opportunité de recruter le président de l'établissement sur un projet alors que cette décision ne relevait pas des salariés, la DG n'ayant elle-même aucun pouvoir sur cela. La visée transformatrice de l'intervention, recherchée en psychologie du travail, implique de ne pas circonscrire au préalable ce qui

relève du possible ou de l'impossible. Ces limitations qui contraignent l'intervention, réduisent la capacité de penser et d'agir, et peuvent constituer une activité empêchée pour l'intervenant et les acteurs. Mais du point de vue de la DRH, il était nécessaire de les identifier clairement pour construire la réflexion sur les pistes de changement. Nous n'avions pas posé cette exigence dans notre modèle d'intervention. Cette intervention nous a permis de réaliser que cette condition est plus un objet clinique à travailler pour faire progresser l'action des acteurs qu'un détail méthodologique négociable pour maîtriser l'état de perplexité de la direction.

Enfin, concernant le temps de la décision favorable au changement, la convention prenant fin après la restitution du plan d'action, nous n'avions pas la possibilité d'accompagner son appropriation par l'organisation. Toutefois, deux réunions officielles ont eu lieu en interne autour du diagnostic et du plan d'action et nous avons été sollicités trois mois après la fin de l'action pour intervenir lors d'un CE. Les acteurs souhaitaient revenir sur l'intervention et ce qu'elle avait produit. Au moment de cette réunion, un échange informel avec un représentant de la DRH, nous faisant part, à notre demande du regard qu'il portait *a posteriori* sur l'intervention et les raisons qui expliquaient que nous ne pouvions pas continuer notre accompagnement à la mise en œuvre des changements, nous apprenait que s'il avait trouvé notre expertise dans le diagnostic, en revanche, il ne l'avait pas retrouvée dans le plan d'action.

Ainsi, bien que la majorité des étapes aient été respectées, certaines n'ont pas été menées de manière à favoriser la progression vers le changement. Les obstacles que nous identifions *a posteriori* reposent, d'une part, sur la difficulté à obtenir le soutien de la direction et l'adhésion des acteurs syndicaux. Cette difficulté était étroitement liée aux tensions sociales. Plusieurs mois après l'intervention, le diagnostic faisait encore débat dans l'organisation. Et d'autre part, nous avons observé une difficulté liée à la qualité même du plan d'action, trop décalée de la réalité de l'organisation. Ceci pose la question de comprendre comment allier implication du collectif et expertise dans l'action.

IV-3.B. Éléments d'analyse rétrospective du cas

L'information qui nous a été donnée par e-mail par l'acteur que nous avons sollicité soulignait, tout d'abord, les mesures prises par la direction suite à l'intervention. Il était ainsi précisé que « *depuis la fin de la mission* », la direction avait entrepris la « *mise en place d'un plan d'action de prévention des RPS* » reposant sur « *30 mesures décomposées en 6 typologies de mesures relatives à : l'accompagnement et au suivi du plan d'action ; la sécurité au travail ; l'organisation du travail ; la formation professionnelle ; l'amélioration du dialogue social ; l'information et la communication* ». Il était également écrit, qu'« *un comité de pilotage [suivait] l'évolution du plan* », que « *concernant l'intervention, et comme [il nous l'avait] déjà dit, [il estimait] que [l'intervenant n'était] pas allé au terme de son intervention, ne préconisant pas de réel plan d'action, mais portant seulement celui du groupe de travail* ». Il soulignait toutefois que « *la démarche [demeurait] bénéfique et les salariés [s'étaient] sentis impliqués* ». D'ailleurs, nous apprenions que les membres du groupe de travail faisaient désormais partie du comité de pilotage.

V- DISCUSSION

V-1. AJUSTEMENTS DU CADRE D'INTERVENTION

Ce processus d'intervention nous interpelle sur les effets de variation causés par l'absence d'adhésion et de soutien de la direction et du CHSCT. En quelque sorte, le travail s'est fait sans eux et presque exclusivement avec le groupe de travail. Le CHSCT ne voulait pas s'associer à un processus qui avait été initié par la direction. La direction était présente sur un plan financier, mais absente sur le plan de l'investissement dans l'intervention. Celle-ci aurait pu être l'occasion de regagner de la légitimité aux yeux des salariés. Mais, étant

particulièrement attaquée dans le discours des salariés, la direction agissait très discrètement et sans tenir sa place. En effet, l'intervenant a dû prendre en charge une partie du rôle que devait assumer la DRH dans l'intervention. La direction constatait le manque de confiance qu'elle inspirait aux salariés et ne souhaitait pas assumer, dès le départ, le rôle de lien avec eux dans l'espace de l'intervention. Nous avons parfois assuré le rôle à la place de la direction qu'on sentait fuir. Cette absence de soutien de la direction et de présence a fortement nui au processus d'intervention. Ce qui a pu néanmoins constituer un atout vis-à-vis des salariés, c'est que nous avons une indépendance dans notre intervention. Sans le soutien de la direction nous avons ressenti que le processus d'intervention n'atteindrait pas son objectif de changement de l'organisation. Nous envisageons donc l'analyse de la demande comme un temps pour mettre plus efficacement au travail ce registre de l'adhésion des acteurs.

Pourtant, la démarche avait réussi à s'implanter auprès des salariés et du groupe de travail, mais pas au niveau des acteurs institutionnels. Ce qui, avec le temps, risque d'alimenter la déception des salariés, devant la faiblesse des modifications observées. De plus, certains facteurs ont conduit la direction à ne pas vouloir que nous continuions l'accompagnement du plan d'action : le manque de crédibilité du plan d'action ; et l'absence de réelle volonté de changement de la direction. Pour que l'intervention devienne une occasion d'éprouver d'autres manières de penser le travail et de travailler ensemble, il faut un engagement important des acteurs (Coutarel et al., 2015).

V-2. RETOUR SUR LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE L'INTERVENTION

Il est difficile de porter un jugement objectif sur les résultats d'une intervention dans la mesure où elle-même suscite des jugements contradictoires. Cette difficulté est renforcée par le fait qu'il n'est pas toujours possible de dater clairement la fin de l'intervention, en raison notamment des remises en cause de compromis et décisions. L'analyse rétrospective est donc essentielle pour apprécier le résultat d'une intervention, car « le changement [est] aussi parfois ce qui ne peut se voir en retournant dans l'entreprise, et que les acteurs risquent d'oublier » (Guérin et al., 2001, p. 263).

Si l'implication du collectif est une condition capitale de l'intervention facilitant son inscription sociale, elle ne suffit pas à modifier la posture des acteurs et leurs relations, car elle ne dépend pas seulement du cadre défini au préalable. Elle résulte également de la volonté des acteurs d'assumer l'intervention en se confrontant sur l'objet du travail. Par exemple, au moment où nous réalisons les restitutions du diagnostic et du plan d'action, les acteurs n'étaient pas tous présents ou attentifs. Leurs comportements semblaient être la manifestation d'une difficulté à construire les conditions d'un débat sur le travail et à se dégager des logiques d'acteurs qui font dévier l'intervention. Par exemple, la DRH manifestait de l'évitement et du relativisme face aux questions ou remarques, se protégeait des attaques formulées par les acteurs syndicaux, lesquels, dans une logique de dénonciation, faisaient le relevé des erreurs de la direction, de ses « *dérobades* », de son ambiguïté sur les finalités visées, multipliant les critiques mais se détournant finalement du questionnement sur le travail réel.

La recherche en psychologie du travail et en ergonomie souligne l'importance de la confrontation dans le développement de l'activité ou des projets de conception (Cahour, 2002 ; Clot & Simonet, 2015 ; Garrigou, 1992). Toutefois, sa place et sa fonction dans l'action des acteurs de la santé au travail impliqués dans l'intervention reste encore à instruire du point de vue méthodologique. Comment les conflits d'activité que l'intervenant cherche à diffuser auprès des acteurs de la prévention modifient leur action dans le temps ? L'interaction entre conflits d'activité et activité collective de ces acteurs est encore un défi à relever pour la recherche et la pratique. Nous ne prétendons pas que le changement doit émaner uniquement d'une direction prête à s'engager ou d'acteurs tous d'accord sur la façon de lier travail et santé. Dans de nombreuses situations, les collectifs de travail eux-mêmes

parviennent déjà à transformer le travail réel au bénéfice de leur santé. Mais, nous pensons que le développement du pouvoir d'agir implique de modifier le point de vue de ces acteurs sur le travail pour dégager des alternatives collectivement jusqu'à revoir la prescription. En cela, l'intervention a quelque chose de politique.

De plus, l'intervention et la décision ne se font pas en dehors des acteurs et des enjeux qui régulièrement les opposent. Utiliser la confrontation de points de vue dès le commencement de l'intervention (sur ses finalités, sa méthode), puis sur le travail (la diversité des façons de l'aborder et de l'accomplir), et enfin sur les solutions à opérer permet d'expérimenter des occasions de développer l'action en santé au travail et de dépasser la logique d'individualisation des problèmes. Cette nécessaire confrontation, complexe à construire et à soutenir dans l'intervention, explique sans doute la sous-utilisation des interventions organisationnelles. Mais, elle est l'instrument de travail de l'intervenant pour développer son processus de transformation. La santé au travail, comme un objet porteur de tensions, implique d'être tenace dans les conditions que l'on choisit de poursuivre pour intervenir. Il serait plus facile de renoncer à cette confrontation. Mais, ce serait là un ajustement contrarié pour la mise en œuvre de ce qu'on cherche à transformer, car la mise en œuvre d'une action de santé au travail suppose l'existence d'un collectif susceptible de développer un dialogue et de le relayer à d'autres niveaux (Kostulski, Clot, Litim & Plateau, 2011). La qualité de la diffusion de l'action, son institutionnalisation et l'engagement des acteurs semblent donc des dimensions importantes pour interroger la maturité d'une organisation sur les questions de santé au travail. Le processus d'intervention témoigne donc des conditions de maturation d'une organisation sur ces questions.

V-3. (RE)CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

V-3.A. De la connaissance à l'action et du risque aux ressources

Le temps du diagnostic nous a placés devant une difficulté particulière pour traduire, à partir de l'identification d'une problématique (le manque de reconnaissance), une action. Cette demande démesurée de reconnaissance des salariés nous laissait « sans voix », et sans « voie ». Nous ne savions pas véritablement comment prendre efficacement ce problème vaste et vague, qui convoquait à la fois les dimensions relationnelles, symboliques, monétaires, sociales et psychologiques. Le groupe de travail lui-même n'est pas parvenu à investir ce problème dans la réflexion sur les préconisations. Il semble que d'autres enjeux se dissimulent sous cette « simple » revendication. Elle pose trop vite la solution dans l'amélioration de la relation, favorisant le développement de marques d'estime, apprises et reproduites, mais évacue la question du métier. Puis, nous avons mis en lien notre ressenti d'intervenant avec les réflexions de la clinique de l'activité sur la reconnaissance *dans* le travail. Nous avons compris alors que les individus ont besoin de se reconnaître dans leur activité, dans ses résultats, et « dans ce qu'on fait de soi dans sa propre activité » (Clot, 2008, p. 266). Ici, le métier perdait sa fonction psychologique de répondant et « c'est là d'abord que prend sa source un désir de reconnaissance sans fond, déplacé sur des hiérarchies qui lui donnent le destin des « reconnaissances faussées » (*Ibid.*, p. 256). Ce contretemps théorique, s'il n'a pas permis de réorienter le plan d'action qui venait d'être finalisé par le groupe de travail, participera à développer une pratique d'intervention en y insérant des significations nouvelles.

Plus largement, nous pensons que le modèle « Diagnostic – Préconisations » n'est pas véritablement approprié pour inscrire les conditions de l'action. S'il est déterminant que les résultats se pérennisent en étant portés par les acteurs, parce qu'ils ont été affectés par les processus à l'œuvre, la place donnée à l'action doit alors être reconsidérée. L'action peut être première. Comment la décision de changement continue de tenir compte des conflits d'activité, en ouvrant les possibilités d'action plutôt qu'en réaffirmant la posture des acteurs dans des logiques de fonction ou politiques ? Le risque étant de maintenir le déni des conflits du travail et de sa qualité. L'intervention nous interpelle alors sur la possibilité d'allier

recherche des causes et actualisation des possibilités nouvelles pour développer l'activité. Cette question nous pose un problème théorique et méthodologique majeur nous amenant à reconsidérer plus nettement l'objet de l'intervention et sa méthode.

De plus, ce modèle (qui découpe l'intervention en deux temps : le diagnostic puis les solutions) suspend l'action à la restitution du plan d'action, et empêche d'instaurer les conditions de la pérennisation et d'insuffler comme on le voudrait la portée de ses résultats, notamment en accompagnant la mise en œuvre du plan d'action et des changements. Ceci s'explique par le fait que, généralement, l'accompagnement au changement fait l'objet d'une seconde convention ou d'un avenant, tel que la structure intervenante choisit de formaliser habituellement l'intervention. Ce fonctionnement est à lier à la volonté de se dégager de l'étiquette d'expert en donnant aux acteurs toute leur place dans l'action et le déploiement des changements. C'est reconnaître aussi sa relative compétence sur l'hétérogénéité des axes de changements que rassemblent un plan d'action.

V-3.B. Le difficile équilibre collectif-expertise

Cette intervention nous a amenés à interroger un autre élément particulièrement présent dans ce processus et lieu de tension : celui de l'équilibre collectif-expertise⁵. En effet, les travaux soulignent l'importance d'impliquer le collectif et d'instaurer les conditions de la participation dans l'intervention. La mise en débat du travail *dans* le collectif participe à la prévention. Il est un instrument au service de la maturation de l'organisation. L'expérience de cette intervention nous a amenés à questionner de manière critique les limites de l'implication du collectif pour la réussite d'une intervention. Toutefois, ce résultat est à relier avec le contexte organisationnel plus qu'à l'approche choisie.

De plus, la demande d'intervention de la direction s'oriente vers une expertise. Pour l'intervenant, cette expertise s'inscrit dans sa capacité à créer les conditions du développement d'une action collective de transformation des situations de travail, par la confrontation des acteurs sur des sujets sensibles. L'intervenant propose un cadre pour que les acteurs puissent s'étonner de ce qui est mis en jeu dans l'activité et créent des possibilités nouvelles d'organisation qui ne peuvent émaner de lui seul. Cette expertise n'est donc pas orientée sur l'élaboration de contenus centrée sur le repérage et la gestion des risques. C'est dans cette tension que l'intervention va se construire, par des va-et-vient entre le savoir de l'intervenant incarné dans le cadre qu'il propose d'accompagner et le savoir des acteurs qui nourrira des conflits sur le travail. Toutefois, lorsqu'on entre dans le temps des préconisations, la posture proposée n'a pas pu se déployer « comme prévu ». Nous ne voulons pas que l'action soit pensée en dehors du collectif en le mettant dans une position de ressource et non de finalité à satisfaire.

Du point de vue de la direction, l'intervention a été efficace principalement lors des deux premiers temps de l'intervention. Nous étions davantage dans un rôle d'animateur du groupe de travail, que partie prenante de la définition de l'action de changement. Mais, dans cette expérience d'élaboration, la réflexion avait tendance à rester collée sur les attentes des participants ou bloquée par les désaccords. Cette question rejoint celle de la construction de l'action. Ainsi, nous assistions à l'élaboration d'un plan d'action que nous avons bien du mal à défendre. Les effets des processus engagés dans la construction du plan d'action n'ont pas été entièrement négatifs puisque celui-ci a permis de pointer certains problèmes. Ensuite, nous avons, dans la pratique, pris une place dans la restitution pour formuler nos préconisations, car finalement nous éprouvons que ce problème de l'équilibre expertise-collectif est encore un objet qu'il faut mieux élucider pour construire l'action. Un échange post-intervention a eu lieu en amont de la réunion au CE avec un représentant de la DRH avec qui nous collaborions.

⁵ Il est important de noter que le terme expertise ne fait pas ici référence à une expertise CHSCT mais à celle attendue de l'intervenant par les acteurs de l'organisation et commanditaires.

Alors que nous discutons de l'intervention et des raisons pour lesquelles nous n'avions pas pu prolonger l'accompagnement au changement, cet acteur a mis l'accent sur cette faiblesse, à savoir qu'il ne nous avait pas « *retrouvés sur le plan d'action* ». Ce cas nous signifie qu'un processus d'intervention évolue à partir du cadre qui le structure et dans l'équilibre des postures entre expert et collectif. Ce point d'équilibre nécessite d'être défini au moment de la définition de l'intervention.

V-3.C. L'intérêt de l'approche diachronique dans l'évaluation des interventions

Cette recherche montre l'intérêt de choisir l'approche diachronique pour mettre en relief les effets des variations de l'intervention. La mise en récit de l'intervention, basée sur les données factuelles et un travail d'interprétation des évolutions de l'intervention peut toutefois se heurter à la difficulté de mobiliser des « données d'époque » dans la reconstruction de l'intervention (Petit, Querelle & Daniellou, 2007). De ce point de vue, il est nécessaire d'articuler des approches objectives et subjectives, notamment en travaillant davantage à partir de l'enregistrement des réunions de travail réalisées pendant l'intervention mais également dans sa préparation et sa réélaboration, au cours desquelles peuvent se redéfinir des stratégies d'implantation de l'intervention (Berthelette, 2002).

Ce point nous amène à souligner l'influence des conditions d'exercice de cette intervention. Même si l'intervenant principal est intervenant-chercheur employé dans le cadre d'une thèse en CIFRE, l'intervention a été réalisée à la demande de l'entreprise par une structure employant des consultants. Les conditions d'exercice comme les méthodes, les moyens (financiers, temporels) et le degré d'engagement des acteurs (demandeurs ou pas) peuvent varier, tout autant que l'exigence de l'intervenant à instaurer des conditions de recueil de données systématiques (enregistrement des réunions par exemple) pour articuler davantage les approches subjectives et objectives. Cette réalité de terrain a également pesé sur le temps des préconisations trop contrainant sur l'accompagnement post-intervention.

Enfin, si nous sommes convaincus que l'intervention peut être travaillée comme une activité, nous ne pouvons ici prétendre avoir suffisamment porté à l'analyse l'activité de l'intervenant. En effet, nous avons cherché à mettre en lumière les sources de conflictualité qui la traversent, ses empêchements et leviers, et qui intéressent la recherche sur l'intervention en psychologie du travail. Il serait intéressant d'affiner ce travail en mettant en jeu sa pratique réflexive à partir de dispositifs méthodologiques comme l'auto-confrontation de l'intervenant aux traces de son activité ou la technique de l'instruction au sosie (Clot, 1999) pour ré-entrer avec lui sur certaines séquences d'activité d'intervention. Cela permettrait de décrire non pas seulement la méthodologie prévue et ce qui est parvenu ou non à se réaliser, mais aussi ce qui est mis en jeu dans l'action et ses conséquences sur l'intervention et même sur celles à venir. Nous l'avons évoqué à plusieurs reprises lorsque nous précisions certains ajustements ou conditions relevant du registre des implicites qui guident son action. Ces instruments permettraient de comprendre les arbitrages multiples qui dirigent l'intervention, qui se font aussi dans des temps collectifs informels et les nombreux implicites théoriques et méthodologiques qui l'influencent (Petit et al., 2007).

V-3.D. Perspective historique et développementale de l'intervention

A l'instar des travaux réalisés en clinique de l'activité inspirés des travaux de Vygotski et de Bakhtine, nous pouvons suggérer que l'intervention, rassemblant une pluralité d'acteurs dans une action de transformation des situations de travail et de développement du pouvoir d'agir, affectant chacun dans son activité, puisse devenir une histoire collective pour alimenter l'action future. L'intervention peut avoir une utilité sociale et les modes d'interactions éprouvés au cours de l'action, comme les alternatives qui ont pu se construire, peuvent s'actualiser dans d'autres situations à venir. La transformation va bien au-delà du cahier des charges : l'intervenant est attentif à ce que les situations de travail changent, en

même temps qu'il cherche à transformer les représentations du travail et les réponses à donner de façon collective et dans des liens de coopération recréés. En cela, on peut parler d'un développement de l'action des acteurs de la santé au travail. Processus de maturation et approche développementale sont donc étroitement liés. Enfin, ces visées transformatrices sont à entendre comme la « théorie sous-jacente » (Petit et al., 2007) que porte l'intervenant qui agit dans l'action et qui doit être prise en compte dans l'évaluation d'interventions (Berthelette, 2002).

CONCLUSION : VERS UNE CLINIQUE DE L'INTERVENTION

Il convient de souligner l'intérêt de centrer l'évaluation des effets d'une intervention aussi du point de vue de l'analyse de la dynamique d'intervention. L'analyse du réel de l'intervention apporte de précieuses informations sur les ressorts qui développent l'action en santé au travail dans les organisations. Les difficultés rencontrées ont une fonction de révélateur que l'évaluation des effets d'une intervention peut prendre en compte. Elles éclairent plus qu'elles n'assombrissent les voies possibles du développement de l'action en santé au travail. La confrontation aux obstacles, aux butées, aux « ratés » et remaniements qui surgissent dans le processus nourrit la connaissance sur l'intervention.

De plus, l'analyse du cas d'intervention souligne la nature des liens qui unissent les séquences d'événements qui structurent le processus. Ces liens vont se fonder sur deux catégories d'événements : ceux qui visent la poursuite des objectifs convenus dans la définition de l'intervention (l'implication, la participation, l'élaboration collective) et ceux qui émergent dans l'imprévu, qui appartiennent à l'organisation (diffusion de tracts, mise en place de changements...), mais également au collectif de travail et aux individus. Le processus d'intervention n'est pas un événement isolé de l'organisation et linéaire, mais il est le produit de la relation entre un cadre déterminé et remanié par la réalité de l'organisation. Il se développe à partir d'allers et retours entre les étapes convenues et plus ou moins maîtrisées. Finalement, ce sont les ajustements et les régulations introduites pour faire correspondre ces différentes étapes qui sont le plus significatif pour le processus d'intervention et l'engagement des acteurs. Les régulations sont l'effort pour maintenir le lien continu dans le processus que les ruptures d'adhésion et d'implication viennent perturber.

Ainsi, l'intervention de processus a une potentialité d'attraction d'autres objets qui sont à rattacher aux modes d'interactions entre acteurs et aux rapports subjectifs qu'ils entretiennent avec la santé au travail. En cela, nous soulignons l'intérêt de travailler à une *clinique de l'intervention*. Par exemple, la réticence à dialoguer est un obstacle clinique concret (Kostulski et al., 2011) que l'on peut référer à l'intervention en cours, mais aussi à la qualité de la prise en compte de ces questions dans l'organisation. À partir d'une situation concrète, la clinique de l'intervention analyse, à partir des objectifs visés, les processus réalisés par et dans l'intervention, nourris de ses difficultés et de ses butées (*Ibid.*). Elle peut ainsi jouer un rôle dans l'évaluation des interventions et améliorer les pratiques. Enfin, cette clinique de l'intervention, par l'activité réflexive, nourrit plus largement un processus de théorisation de l'intervention qui s'avère déterminante. En effet, si on a nettement progressé sur les liens entre santé au travail du point de vue de la connaissance des problèmes, il n'en est pas de même du point de vue de la connaissance sur les problèmes posés par l'action.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2010). *Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux émergents (ESENER)*.
<https://osha.europa.eu/fr/surveys-and-statistics-osh/esener>
- Anderson, N. (2007). The practitioner-researcher divide revisited: Strategic-level bridges and the roles of IWO psychologists. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80, 175-183. DOI: doi.org/10.1348/096317907X187237

- Askenazy, P. (2006). La santé et la sécurité dans les entreprises américaines. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, 72-89. DOI : 10.3917/arss.163.0072
- Bergerman, L., Corabian, P., & Harstall, C. (2009). *Effectiveness of organizational interventions for the prevention of occupational stress* (Report). Edmonton, AB Canada: Institute of Health Economics.
- Berthelette, D. (2002). Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité au travail. In D. Harisson & C. Legendre (Eds.), *Santé et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel* (pp. 107-128). Sainte Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Berthelette, D., Bilodeau, H., & Leduc, N. (2008). Pour améliorer la recherche évaluative en santé au travail. *Santé Publique*, 20, 171-179. DOI : 10.3917/spub.080.0171
- Biron, C., Cooper, C.L., & Bond, F.W. (2009). Mediators and moderators of organizational interventions to prevent occupational stress. In S. Cartwright & C.L. Cooper (Eds.), *Oxford handbook of organizational well-being* (pp. 441-465). Oxford, England: Oxford University Press.
- Biron, C., & Karanika-Murray, M. (2013). Process Evaluation for Organizational Stress and Well-Being Interventions: Implications for Theory, Method, and Practice. *International Journal of Stress Management*, 21(1), 85-111. DOI : 10.1037/a0033227
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., & Gaudet, B. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational & Environmental Medicine*, 63, 335-342. DOI : 10.1136/oem.2004.018077
- Brun, J-P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail* (Études et recherches/Rapport No. R-514). Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Cahour, B. (2002). Décalages socio-cognitifs en réunions de conception participative. *Le travail humain*, 4 (65), 315-337. DOI : 10.3917/th.654.0315
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris, France : Seuil.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris, France : PUF.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, France : PUF.
- Clot, Y. (2010). Au-delà de l'hygiénisme : l'activité déliée. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2(10), 41-50. DOI : 10.3917/nrp.010.0041
- Clot, Y., & Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le Travail Humain*, 1(78), 31-52. DOI: 10.3917/th.781.0031
- Cooper, C.L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16. DOI : 10.1016/S0022-3999(96)00392-3
- Cooper, C.L., Dewe, P.J., & O'Driscoll, M.P. (2001). *Occupational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir: des concepts à l'intervention ergonomique. *Le Travail Humain*, 1(78), 9-29. DOI : 10.3917/th.781.0009
- Cox, T., Griffiths, A.J., Barlowe, C.A., Randall, R.J., Thomson, L.E., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Organizational interventions for work stress: A risk management approach* (Report No. 286). UK : Health and Safety Executive.
- Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A., & Houdmont, J. (2007). Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. *Work & Stress*, 21, 348-362. DOI: 10.1080/02678370701760757
- Dahl-Jorgensen, C., & Saksvik, P.O., (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*, 35, 529-549. DOI : 10.2190/P67F-3U5Y-3DDW-MGT1

- Dugué, B., Petit, J., & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique, *Pistes*, 12(3), 1-27. DOI : 10.4000/activites.816
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganization: A systematic review of organizational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 945-954. DOI : 10.1136/jech.2006.054965
- Eklof, M., & Hagberg, M. (2006). Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health? *Applied Ergonomics*, 37(2), 201-210. DOI: 10.1016/j.apergo.2005.04.003
- Expertise collective INSERM (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*. In Expertise collective INSERM (eds.), *Prévention du stress au travail : types d'intervention et évaluation de leur efficacité*, (p. 241-278). France : Édition INSERM.
- Fraccaroli, F. (2002). *Le changement dans les organisations*. Paris, France : PUF.
- Garrigou, A. (1992). *Les apports des confrontations socio-cognitives au sein de processus de conception participatifs : le rôle de l'ergonomie*. Thèse de doctorat, CNAM, Paris.
- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2003). The UK perspective: A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38(2), 158-164. DOI : 10.1080/00050060310001707167
- Gilbert-Ouimet, M., Brisson, C., Vézina, M., Trudel, L., Bourbonnais, R., Masse, B., Baril-Gingras, G., & Dionne, D. (2011). An intervention study on psychosocial work factors and mental health and musculoskeletal outcomes. *Healthcare Papers*, 11(Special Issue), 47-66.
- Giust-Desprairies, F. (2001) : De la recherche-action à l'intervention psychosociale clinique. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 1(2), 33-46. DOI : 10.3917/rips.016.0033
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Lyon, France : ANACT.
- Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal, QC : L'Harmattan.
- Hansez, I., Bertrand, F., & Barbier, M. (2009). Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Le Travail Humain*, 72(2), 127-153. DOI : 10.3917/th.722.0127
- Hansez, I., & de Keyser, V. (2007). Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. In M. Neboit, & M. Vézina (Eds), *Stress au travail et santé psychique* (p. 189-206). Toulouse : Octarès.
- Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loïselle, O., & Morin, A. (2006). *Organizational Interventions and Mental Health in the Workplace: A Synthesis of International Approaches*. Report R-480, Montréal, IRSST, 56 pp.
- Hepburn, A., & Brown, S.D. (2001). Teacher stress and the management of accountability. *Human Relations*, 54 (6), 691-715. DOI : 10.1177/0018726701546001
- Juan, S. (1995). Méthodologie de démarche de recherche en sociologie didactique du projet de recherche. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 47, 78-98.
- Kelloway, E.K., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work & Stress*, 24(3), 260-279. DOI: 10.1080/02678373.2010.518441
- Kompier, M., Cooper, C. L., & Geurts, S. A. E. (2000). A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9, 371-400.
- Kostulski, K., Clot, Y., Litim, M., & Plateau, S. (2011). L'horizon incertain de la transformation en clinique de l'activité : une intervention dans le champ de l'éducation surveillée. *Activités*, 8(1), 129-145. DOI: 10.4000/activites.2456

- LaMontagne, A.D., Keegel, T., Louie, A.M., Ostry, A., & Landsbergis, P.A. (2007). A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational Environmental Health*, 13(3), 268-280. DOI: 10.1179/oeh.2007.13.3.268
- Leka, S., & Cox, T. (2008). *The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF)*. Nottingham, I-WHO Publications, 184 p.
- Leplat, J. (2002). De l'étude des cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4(2), 1-31. DOI : 10.4000/pistes.3658
- Lhuilier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2(10), 11-28. DOI : 10.3917/nrp.010.0011
- Lhuilier, D. & Amado, G., (2012). Souffrance au travail et clinique de l'intervention. Présentation. *Bulletin de psychologie*, 65(3), 211-215. DOI : 10.3917/bupsy.519.0211
- Logan, M.S., & Ganster, D.C. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, 31(1), 90-107. DOI : 10.1177/0149206304271383
- Loriol, M., Boussard, V., & Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 165, 106-113. DOI : 10.3917/arss.165.0106
- Martin, A., Karanika-Murray, M., Biron, C., & 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. DOI : 10.1002/smi.2593
- Miossec, Y., & Clot, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Le Travail Humain*, 4(74), 341-363. DOI : 10.3917/th.744.0341
- Montangero, J., & Pons, F. (1995). L'introduction du passé et du futur dans la description d'une situation présente : étude du développement de la tendance diachronique. *L'Année Psychologique*, 95, 621-644. URL: https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1995_num_95_4_28858
- Murphy, L.R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds). *Causes, coping and consequences of stress at work*. (pp. 301-331). Chichester : Wiley.
- Murphy, L.R., & Sauter, S.L. (2003). The USA perspective: Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, 38(2), 151-157. DOI: 10.1080/00050060310001707157
- Murta, S.G., Sanderson, K. & Oldenburg, B. (2007). Process Evaluation in Occupational Stress Management Programs: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 248-254. DOI: 10.4278/0890-1171-21.4.248
- Nielsen, K., & Abildgaard, J.S. (2013). Organizational interventions: A research-based framework for the evaluation of both process and effects. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 27(3), 278-297. DOI: 10.1080/02678373.2013.812358
- Nielsen, K. & Randall, R. (2012). The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(6), 601-618. DOI: 10.1080/02678373.2012.682721
- Patton, M.Q. (1988). The evaluator's responsibility for utilization. *Evaluation Practice*, 9(2), 5-24.
- Patton, M.Q. & LaBossière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. In V. Ridde, & C. Dagenais, (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Québec : Presses de l'Université de Montréal, pp. 143-158.
- Petit, J., Querelle, L., & Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonome ? *Le Travail Humain*, 4(70), 391-411. DOI : 10.3917/th.704.0391

- Petit J., & Coutarel, F. (2013). L'intervention comme dynamique de développement conjoint des acteurs et de l'organisation. In P. Falzon, *Ergonomie constructive*. Paris : PUF (pp.131-146).
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44, 697-713.
- Quillerou-Grivot, E., & Clot, Y. (2013). Trois conditions pour une Clinique de l'activité en psychologie du travail: le cas d'une intervention dans une entreprise de logistique automobile. *Activités*, 10(2), 229-248. DOI : 10.4000/activites.842
- Richardson, K.M., & Rothstein, H.R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A metaanalysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93. DOI : 10.1037/1076-8998.13.1.69.
- Rouat, S. (2010). *Les processus individuels et organisationnels de construction de la santé au travail : prévention de la santé mentale au travail et analyse de dispositifs organisationnels*. Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2.
- Rouat, S., & Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités*, 10(1), 58-72. DOI : 10.4000/activites.548
- Rouat, S. (à paraître). Évaluation des effets d'une intervention de prévention des RPS : réflexions sur une clinique de l'intervention. *Psychologie du Travail et des Organisations*.
- Rouat, S., Troyano, V., Cuvillier, B., Bobillier-Chaumon, M-E., & Sarnin, P. (2017). Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise. Une recherche dans l'industrie de la chimie. *Pistes*, 19(2), 1-34. DOI : 10.4000/pistes.5157
- Ryan, P.R., Hill, M., Anczewska, P., Hardy, A., Kurek, K., Nielson, K., et coll. (2005). Team-based occupational stress reduction: a european overview from the perspective of the OSCAR Project. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 401-408. DOI: 10.1080/09540260500238645
- Semmer, N. (2011). Job stress interventions and organization of work. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.). *Handbook of occupational health psychology* (2nd ed., pp. 299-318). Washington, DC : American Psychological Association.
- St-Arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P. & Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Pistes*, 12(3), 1-18. DOI : 10.4000/pistes.2639
- Stavroula, L., & Cox, T. (2008). The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). Nottingham, I-WHO Publications, 184 p.
- Van de Ven, A.H., & Huber, G.P. (1995). Introduction. In G.P., Huber & A.H. Van de Ven (Eds.), *Longitudinal field research methods. Studying processes of organizational change* (pp.VII-XIV). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Vézina, M. (2007). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In M. Neboit, & M. Vézina (eds.), *Stress au travail et santé psychique* (p. 111-118). Toulouse : Octarès,.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. Note de recherche : sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 3(163), 32-38. DOI : 10.3917/arss.163.0032