



HAL
open science

La centration sur le processus du changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail

Virginie Althaus, Vincent Grosjean, Eric Brangier

► To cite this version:

Virginie Althaus, Vincent Grosjean, Eric Brangier. La centration sur le processus du changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail. *Activités*, 2013, 10 (1), pp.127-149. 10.4000/activites.607. hal-00825557

HAL Id: hal-00825557

<https://hal.science/hal-00825557>

Submitted on 24 May 2013

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

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

La centration sur le processus du changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail

Virginie Althaus

INTERPSY – ETIC. EA 4432. Université de Lorraine. Ile du Saulcy. BP30309 – 57006, Metz Cedex 1
Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) – Nancy. Rue du Morvan – CS 60027.
54519 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
virginie.althaus@inrs.fr

Vincent Grosjean

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) – Nancy. Rue du Morvan – CS 60027.
54519 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex (France).
vincent.grosjean@inrs.fr

Éric Brangier

INTERPSY – ETIC. EA 4432. Université de Lorraine. Ile du Saulcy. BP30309 – 57006, Metz Cedex 1
eric.brangier@univ-lorraine.fr

ABSTRACT

Focusing on the Change Process: The Contribution of Systemic Intervention to Improve Wellbeing at Work. In the context of an increasing number of interventions on occupational health and wellbeing, it is common practice to use diagnostic-centered methods where an in-depth understanding of the situation precedes the action. However, some authors highlight the practical limits of these approaches and emphasize their difficulties in bringing about change in the workplace on the basis of the diagnosis. By contrast, systemic interventions concentrate on the change process to enable its efficient and sustained implementation, rather than on the reasons for change. In this perspective, this article aims to examine workplace interventions targeting wellbeing, in the light of systemic thinking. To this end, the article presents a brief review of systemic framework and principles, as well as the related intervention methods. The second part of the article highlights how this approach can contribute to the improvement of occupational health and wellbeing. Finally, we use a case study from the service sector to outline the capacity of those principles to focus on initiatives leading to change, in a context of prevention.

KEY WORDS

Health, wellbeing, epistemology, change process, consultant's role

Introduction

Les psychologues du travail sont de plus en plus sollicités pour répondre à des demandes concernant l'amélioration de la santé et du travail, notamment en rapport avec la prévention des risques psychosociaux (RPS). Les interventions qu'ils mènent suscitent un certain

nombre de critiques, essentiellement car elles conduisent rarement à une transformation effective des situations de travail. En effet, celles-ci visent le plus souvent à aider les salariés à réagir plus positivement aux exigences du travail et sont, de ce fait, centrées sur les réactions individuelles – pensées, émotions, comportements (Giga, Noblet, Faragher, & Cooper, 2003 ; Pauly & Viers, 2008). Il s’agit souvent d’interventions « psychologisantes » s’inspirant d’une approche *cognitivo-comportementale* et incluant des programmes de gestion du stress (relaxation, méditation...). Fondées sur la promotion d’un bon usage de soi et de ses ressources personnelles, elles sont vues par certains auteurs comme la marque d’un nouvel hygiénisme (Clot, 2008). Dans la même perspective, les dispositifs d’écoute et de soutien psychologique se multiplient, qu’ils soient directement implantés dans les entreprises ou sous-traités à des sociétés spécialisées (Bouffartigue, 2010 ; Lallement, Marry, Lorient, Molinier, Gollac et al., 2011). Les réflexions critiques voient dans cette façon de traiter la question l’émergence d’une victimologie au travail (Clot, 2008), ou encore d’une psychologisation des problèmes de santé au travail, convertis en difficultés individuelles ou faiblesses personnelles à gérer par chacun (Lorient, 2010).

Ces pratiques centrées sur la personne contribuent ainsi à contourner l’organisation et les conditions de travail, mais en aucun cas à ne les transformer (Bouffartigue, 2010). Quand elles visent l’organisation, ces interventions se caractérisent par la place centrale accordée au diagnostic, par un fort recours à la quantification et par une recherche d’objectivation (Bouffartigue, 2010 ; Clot & Davezies, 2011 ; De Gaulejac, 2010). Bien que la critique se fasse grandissante (Clot & Davezies, 2011), peu d’études fournissent des données chiffrées sur les retombées concrètes de ces interventions, en termes de passage à l’action et de changement des situations de travail. Une récente étude menée par Hansez, Bertrand et Barbier (2009) indique que sur 30 entreprises belges ayant réalisé un diagnostic du stress, seule une sur deux a mis en place des actions (formations, amélioration de la communication...). Et lorsqu’il s’agit d’en effectuer le suivi et l’évaluation, seule une entreprise sur quatre est concernée. En France, l’enquête réalisée sur les accords RPS – signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés – donne un premier aperçu de la situation (Direction Générale du Travail, 2011). Suite à un diagnostic par questionnaire essentiellement¹, seuls 19% des entreprises ont formalisé un programme d’actions. Parmi ces entreprises, à la date de l’enquête, aucune n’avait réellement finalisé ou mis en place ce programme (Direction Générale du Travail, 2011).

Cette faible implantation du changement est de plus en plus imputée aux limites des approches quantitatives, fortement mobilisées dans le domaine (Bouffartigue, 2010 ; Rhéaume, Maranda, Deslauriers, St-Arnaud, & Trudel, 2008). Dans la littérature internationale, c’est l’approche épidémiologique interventionnelle qui domine (Leka, Jain, Zwetsloot, & Cox, 2010). Cette dernière se réfère souvent aux modèles causalistes de Karasek (1979) et de Siegrist (1996) ainsi qu’aux questionnaires qui en sont issus. Son objectif fondamental est d’identifier les situations professionnelles à risque pour les salariés (Gollac & Bodier, 2011), de préconiser des solutions et d’en évaluer les bénéfices en comparant des mesures de santé avant et après intervention avec, si possible, un groupe témoin. Que les interventions soient basées sur l’approche épidémiologique ou cognitivo-comportementale, celles-ci accordent en définitive peu d’attention à la mise en place du changement et ne permettent pas « aux salariés de devenir acteurs d’une transformation de l’activité de travail » (Bouffartigue, 2010, p. 10).

Ces constats conduisent assez logiquement à explorer des voies qui s’affranchissent des approches statistico-épidémiologique et cognitivo-comportementale² et à envisager des

¹ Dans l’étude d’Hansez *et al.* (2009), 56,67 % des entreprises ont réalisé un diagnostic exclusivement par questionnaire et 33,37 % ont combiné plusieurs outils. Pour les accords RPS, le questionnaire était utilisé dans 76 % des cas.

² Pour la première, cognitivo-comportementale, c’est en traitant l’individu que l’on traite le problème et selon la seconde, statistique et épidémiologique, de la réalisation du constat découle naturellement l’implantation d’actions correctrices, qui ne relève pas de l’intervenant.

alternatives. C'est dans ce sens que nous proposons d'aborder le paradigme systémique et ses perspectives d'application au bien-être au travail puis de débattre de son efficacité à partir d'un cas réel. Il apparaît en effet légitime de s'interroger sur la transposition d'une approche utilisée pour résoudre de nombreux problèmes humains et sociaux depuis plus de cinquante ans (Favaro, 2004). Privilégiant la perspective de l'action finalisée et orientée vers la pratique (De Savigny & Taghreed, 2009 ; Flood, 2010), elle peut ainsi contribuer à renouveler l'intervention en santé au travail, notamment en lien à des problématiques psychosociales. C'est ce que cet article cherche à illustrer au travers de deux objectifs :

- Mettre en évidence l'intérêt d'une centration sur le *processus* d'intervention et montrer, en ce sens, que la focalisation sur le diagnostic (sa précision, son exhaustivité...) n'est pas forcément corrélée à un changement réussi.
- Éclairer la gestion du processus d'intervention et de changement, tel qu'on l'envisage sous un angle systémique, où l'emphase est mise sur la perturbation des routines de l'organisation et l'utilisation appropriée du feedback.

Dans un premier temps, nous présenterons le cadre de référence du paradigme systémique. En tant qu'approche de portée générale, il soutient une diversité de courants d'intervention (changement organisationnel, réduction des conflits...). Nous les évoquerons brièvement. Dans un deuxième temps, nous montrerons que l'intervention systémique peut contribuer à enrichir et à compléter des approches plus traditionnelles (cartésiennes) de la prévention. Enfin, dans un troisième temps, nous présenterons un cas d'intervention en entreprise, pour finalement débattre de la pertinence théorique et pratique de ce paradigme pour améliorer le bien-être au travail.

1.- Cadre de référence du paradigme systémique

Le paradigme systémique s'est développé selon une filiation historique qui a fait émerger une démarche intellectuelle et un cadre conceptuel inédits.

1.1.- Filiations et distinctions

Développée dans les années 1950 à partir de la cybernétique et de la Théorie Générale des Systèmes (TGS), l'approche systémique a cherché à faire progresser le paradigme cartésien (Houghton, 2009), considéré comme trop réducteur pour appréhender les phénomènes humains et sociaux, par essence complexes. Cette complexité tient essentiellement à leur imprévisibilité (Macintosh & Maclean, 1999) ; les systèmes (organisationnels, sociétaux...) qui nous entourent étant souples et évolutifs, en adaptation constante à l'environnement (Thiéart & Forgues, 2006).

Le paradigme systémique s'est ainsi développé avec l'ambition de questionner et de dépasser l'approche dominante, causaliste linéaire et souvent quantitative, plutôt que de la renier (Flood, 2010). On peut le définir en distinguant :

- Les *développements conceptuels* qu'il fournit (e.g. feedback, totalité, autopoïèse...) permettant une lecture renouvelée du fonctionnement des systèmes, qu'ils soient biologiques, sociaux, techniques...
- La *démarche intellectuelle et méthodologique* qu'il préconise pour comprendre et résoudre les problèmes de nos sociétés, ensuite déclinée dans différentes disciplines, à des fins et à des contextes plus spécifiques (cf. Figure 1).

Cette démarche cherche à rendre intelligibles les phénomènes humains (essentiellement de manière qualitative) pour s'orienter vers l'action dans les organisations ou, plus généralement, dans le champ social (Le Moigne, 2004). Nous la distinguons ainsi d'approches plus analytiques et expertes, à l'origine de courants tels que l'ingénierie des systèmes (Checkland, 2000). Cet article s'intéresse à cette démarche privilégiée par les sciences humaines et cherche à en illustrer l'application au domaine du bien-être au travail et de la prévention des RPS.

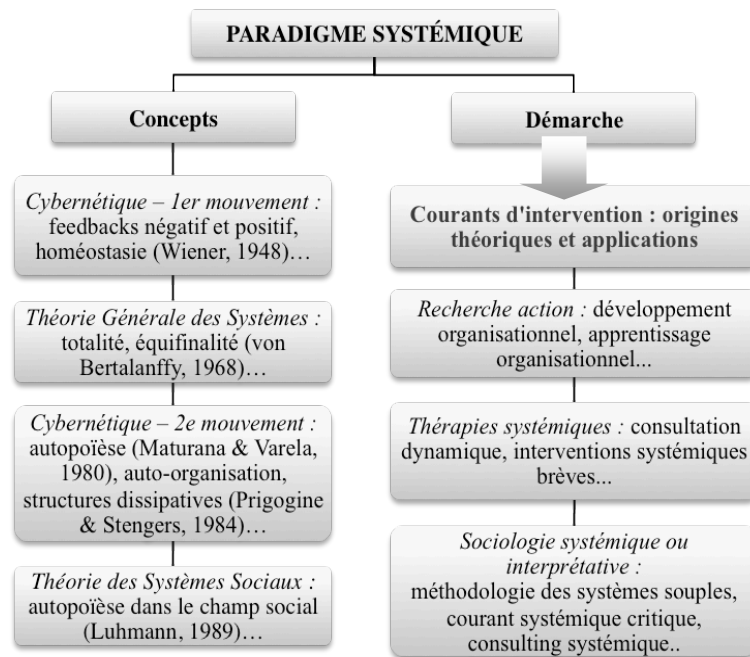


Figure 1 : Filiations et distinctions du paradigme systémique

Figure 1: Theoretical connections and distinctions in systemic thinking

1.2.- Principes fondamentaux

Souvent confrontée au paradigme cartésien, cette démarche systémique propose d’appréhender la complexification croissante des problèmes sociaux, économiques ou humains, par des principes spécifiques :

- La *causalité circulaire*, confrontée à la causalité linéaire du paradigme cartésien ; dans la causalité circulaire, les effets agissent sur leurs propres causes et réciproquement. Une boucle ininterrompue se crée alors entre la cause et l’effet en raison des phénomènes de feedback qui correspondent à une information en retour sur les conséquences d’une action et ainsi de suite (De Savigny & Taghreed, 2009). Ces informations en retour forment des boucles qui participent à la régulation du système (feedback négatif) ou au contraire, à l’accentuation d’un phénomène en son sein (feedback positif) (Heylighen & Joslyn, 2001; Wiener, 1948). Pour comprendre une situation, il est dès lors sans fondement de vouloir en rechercher la cause première ; il paraît plus efficace de saisir le processus global d’émergence puis de propagation d’un phénomène dans le système.
- Le principe *téléologique*, hérité du pragmatisme, incite à mettre en avant le sens et la finalité de toute démarche intellectuelle (Le Moigne, 2004). Il s’oppose au principe causaliste linéaire, qui mène à privilégier la recherche de l’ensemble des déterminants d’un comportement ou d’un phénomène, afin de l’expliquer.
- Le *globalisme* souvent opposé au réductionnisme (décomposer la réalité en autant d’unités qu’il est possible de le faire, pour l’étudier). Ce principe recommande de considérer l’objet étudié comme une partie d’un tout, indissociable de son environnement (Le Moigne, 2006). Peu importe donc la précision dans la description des détails, leur examen doit permettre d’accéder à une perception globale.
- L’*agrégativité* comparée à l’exhaustivité (recension complète des éléments de l’objet que l’on étudie). Ce principe incite à opter pour une représentation simplificatrice de la réalité, autrement dit à ne s’intéresser qu’à des éléments-clés, sélectionnés selon leur utilité et leur pertinence pratique (Benoit & Perez-Benoit, 2006 ; Le Moigne, 2006).

Par ces principes centrés sur la finalité et la globalité, la systémique met en avant son *orientation pragmatique*. Elle vise à une plus grande efficacité dans l'action (Le Moigne, 2004) en assurant un équilibre constant entre la démarche cartésienne et le pragmatisme (Barton & Haslett, 2007). Par conséquent, les démarches pratiques qui en découlent s'engagent à « ne pas rendre l'action trop tributaire de la connaissance préalable et approfondie » de la situation (Favaro, 2004, p. 98).

Une autre de ses spécificités concerne son ancrage dans le constructivisme ; elle l'intègre ou du moins, s'en inspire (Flood, 2010). Constituant au départ une *théorie de la connaissance*³ (Raskin, 2002), le constructivisme et ses principes ont progressivement été absorbés par les courants d'intervention systémiques, que ce soit dans le champ thérapeutique, social ou organisationnel. Parmi les diverses écoles constructivistes (Raskin, 2002), c'est bien souvent le *constructivisme radical* qu'ils mobilisent, représenté par les travaux de von Glasersfeld (2004) et de l'école de Palo Alto (Watzlawick, 1984). Dans ce cadre de pensée, l'existence d'une réalité externe n'est pas niée. Cette réalité demeure néanmoins inaccessible puisque chacun en construit une représentation qui lui est propre en fonction de ses expériences et de ses intentions (Glasersfeld, 2004). Ces postulats constructivistes éclairent les fondements de la posture d'intervention systémique ; non-normativité, non-moralisation et non pathologisation (cf. 2.2.2.).

1.3.- Diversité et richesse des courants d'intervention systémiques

Les grands principes présentés ci-dessus sont prégnants dans l'intervention systémique, qui s'est détournée de l'approche cartésienne dès les années 1950, pour aider à la décision et à l'action dans les organisations (Houghton, 2009). Cette tradition d'intervention se positionne au sein d'un champ d'applications large. Elle rassemble des courants centrés sur la thérapie (Wittezaele & Garcia, 2006), rattachés aux sciences de gestion (Argyris & Schön, 1978), au conseil en organisation (Mohe & Seidl, 2009), à l'intervention dans le champ social (Checkland, 2000), ou encore à la santé publique (Midgley, 2006).

2.- Des constantes épistémologiques dans la diversité théorique

L'hétérogénéité des origines théoriques de ces courants d'intervention (cf. Figure 1) n'affecte pas vraiment leur socle épistémologique, qui s'avère très partagé et unitaire. Ces courants sont ainsi reliés par de grands principes d'action. Dans cette partie, nous présentons les principes prégnants dans l'approche développée dans cet article ; ils s'expriment tant en termes de processus et de modèles d'intervention que sur le plan des conceptions théoriques qui les sous-tendent.

2.1.- Conceptions théoriques

Si l'on souhaite comprendre les modèles et les processus d'intervention décrits dans l'article, il convient dès lors d'aborder les postulats qui les sous-tendent. Ces derniers, nourris des apports conceptuels cités précédemment, concernent d'abord la manière de concevoir le changement dans les organisations. Nous aborderons ensuite la question particulière de la santé au travail sous l'angle de ce paradigme.

2.1.1.- Changement

Le changement dans les organisations a longtemps été envisagé comme un processus séquentiel et planifié (Burke, 2004) assurant le passage d'une situation initiale stable à une seconde, souhaitée. Cette conception basique sera remise en cause dès les années 1960, pour laisser place à une vision systémique du phénomène. Des auteurs ont d'abord assimilé la conduite du changement à un processus continu alimenté par des boucles de feedback

³ Comme toute théorie de la connaissance, le constructivisme questionne le statut, les fondements et la valeur des connaissances scientifiques (Le Moigne, 2004).

(French, 1969 ; Lippitt, Watson, & Westley, 1958). Cette approche a ensuite été enrichie à partir des théories des sciences naturelles pour établir une *conception émergente du changement*. En se basant principalement sur le concept des structures dissipatives⁴ (Prigogine & Stengers, 1984), cette conception envisage le changement comme imprévisible car constitué d'une série d'adaptations à l'environnement (Macintosh & Maclean, 1999; Todnem, 2005). Dans cette lignée, une distinction a été introduite entre un changement basé sur des routines (en simple boucle) permettant une adaptation très limitée, et un second (en double boucle) remettant en cause les règles et les paradigmes de l'organisation (Argyris & Schön, 1978). Dans un environnement fluctuant, seul l'apprentissage en double boucle permet à cette dernière de s'adapter et de se maintenir (Macintosh & Maclean, 1999). L'intervention systémique vise cette seconde forme de changement.

Dans cette conception, le changement ne peut donc être totalement programmé, en ce qu'il résulte d'une série d'adaptations continues. Il se peut néanmoins que, face à un problème spécifique, les organisations soient incapables de faire évoluer leurs propres règles pour s'adapter et qu'elles aient recours à un consultant (Macintosh & Maclean, 1999). Si celui-ci s'inscrit dans cette conception émergente, il s'efforce alors d'augmenter la réceptivité de l'organisation au changement et de l'accompagner, et non de le planifier. Il est ainsi amené à considérer trois phases dans le processus de changement :

- D'abord, il s'agit d'entraîner des *perturbations* dans l'organisation (à l'aide d'outils décrits plus loin) pour créer les conditions de l'émergence de nouvelles règles de fonctionnement.
- Si ces perturbations sont prises en compte, il s'ensuit une période d'instabilité caractérisée par l'expérimentation de nouvelles manières de faire – que l'intervenant aura facilitée voire précipitée (Macintosh & Maclean, 1999). Cette période peut s'avérer inconfortable, bien qu'elle permette à l'organisation de se réorganiser sous une forme qu'elle estime plus satisfaisante. Pour autant, il ne faut pas croire que cette phase soit nécessairement suivie d'une évolution (Macintosh & Maclean, 1999) ; l'inconfort qu'elle génère peut susciter une certaine résistance individuelle et collective incitant à ne pas poursuivre dans cette voie. C'est donc à l'intervenant qu'il incombe, à cet instant précis, d'appliquer des *feedbacks positifs*, c'est-à-dire de renforcer et d'accentuer les fluctuations expérimentées (Leifer, 1989). Ce renforcement peut se faire en apportant la preuve des impacts positifs du changement ou en initiant la mise en place d'actions similaires (Chiles, Meyer, & Hench, 2004 ; Leifer, 1989).
- Une dernière phase consiste à atteindre un nouvel équilibre ; l'utilisation appropriée de *feedbacks négatifs* permet un retour progressif à des mécanismes de régulation naturels, mais néanmoins différents des précédents. On vise ici à ajuster le changement, en organisant des retours réguliers sur ses retombées à plus long terme.

2.1.2.- Vers une conception systémique de la santé au travail

Nous proposons d'exposer les prémices d'une telle conception, partagées par l'approche du changement exposée ci-dessus. D'abord, l'épistémologie choisie ici implique de renoncer à appréhender la santé sous un modèle de causalité linéaire, lui donnant nécessairement un caractère statique. Elle s'éloigne ainsi de la vision biomédicale – recensant la présence ou l'absence de certains déterminants de la santé – pour privilégier une compréhension en termes de processus continus. Cette perspective reconnaît aussi la complexité de la santé, inextricable de l'environnement des personnes et non décomposable en dimensions (mentale, somatique...) (Kirsten, Van der Walt, & Viljoen, 2009). En ce sens, elle peut être reliée au positionnement de l'ergonomie (Doppler, 2004) ou de la clinique (Dejours, 1995), qui aborde la santé comme un processus de construction tout au long de la vie.

⁴ Ce concept montre que l'apparition d'une perturbation dans un système complexe (e.g. une dissipation de chaleur...) – génératrice de désordre et d'instabilité – lui permet ensuite de se réorganiser par l'émergence d'un ordre nouveau.

En revanche, la conception systémique se distingue en introduisant l'idée d'*homéostasie* (individuelle ou collective), autrement dit d'un équilibre interne pouvant être soumis à des perturbations aléatoires et non prévisibles. En lien avec l'approche émergente du changement, cette conception de la santé se nourrit des théories du vivant apparues dès les années 1970 (Maturana & Varela, 1980 ; Prigogine & Stengers, 1984) où l'on a insisté sur ses capacités d'autorégulation et de régénération (cf. seconde cybernétique, figure 1). Par extension, nous envisageons la santé comme un processus opérant au niveau individuel (Kirsten et al., 2009), mais aussi groupal et organisationnel (Marc, Grosjean, & Marsella, 2011). Dans cette perspective, la santé renvoie à des processus d'adaptations continues, exprimés en termes d'autorégulation (Marc et al., 2011). Dès lors, le maintien de la santé réside dans la capacité de l'organisation et de ses salariés à réagir aux perturbations internes ou externes qu'ils rencontrent (e.g. réduction des coûts...), en adaptant en conséquence leurs règles et leurs modes d'organisation. C'est donc être en mesure d'aboutir à un « point d'équilibre » provisoire, qui a) limite l'impact de ces perturbations b) assure la conservation de ses ressources sur le long terme (Dutermé, 2002). Cependant, certaines circonstances amoindrissent la capacité des organisations comme des individus à réunir ces deux conditions, autrement dit à réagir « sagement » :

- Dans certains cas, l'entreprise et ses salariés sont bloqués dans des routines limitant leur adaptation à des évolutions nécessitant pourtant un changement en double boucle (cf. 2.1.1).
- Il se peut aussi que leur réaction première à une perturbation tende à en aggraver les conséquences, plutôt qu'à les limiter. C'est par exemple le cas du masquage des erreurs survenant dans le travail ; à terme, ce mode de régulation peut nuire à l'activité des salariés, en les privant de renseignements nécessaires à la maîtrise de la situation (Marc et al., 2011).
- Une dernière entrave à une régulation appropriée réside dans la perte de la capacité à décoder les perturbations. On peut supposer qu'un salarié « sensible » à l'impact émotionnel d'un incident (e.g. malentendu avec un client...) sera plus enclin à prendre une décision compatible avec le maintien de ses ressources et de sa santé. En décodant l'épisode perturbant, ce salarié ressentira peut-être le besoin de partager ses émotions avec l'équipe et anticipera ainsi des stratégies utiles à la gestion de situations similaires (Marc et al., 2011).

En termes d'intervention, le but premier sera donc d'amener les membres de l'entreprise à débattre de leurs modes habituels de résolution des problèmes exprimés, pour « dessiner des issues possibles vers un rééquilibrage provisoire » (Moisdon, 2010, p. 218). Peu importe donc la nature des perturbations initialement rencontrées ; leurs conséquences en termes de santé au travail dépendent principalement des modes de régulation internes à l'organisation (principe d'équifinalité). En ce sens, une même évolution de l'activité (e.g. innovation technologique...) peut, selon les entreprises, avoir des impacts salutaires comme délétères sur la santé et la production. Cette conception pose le postulat de la complexité et de l'imprévisibilité des réactions humaines à certaines perturbations, depuis longtemps souligné par l'ergonomie (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, & Kerguelen, 2001). S'il adopte ce postulat, l'intervenant donne alors une place relative au diagnostic de l'origine des problèmes évoqués par les salariés. En outre, de par sa centration sur les modalités de l'adaptation à l'environnement, cette conception exclut tout critère préétabli à remplir en termes de santé au travail. Elle se rapproche ainsi du point de vue de l'ergonomie, affirmée dès les années 1970 (Teiger, 2007 ; Wisner, 1985), en suggérant que la prévention ne peut être réduite à l'application d'une « norme de santé » sans prise avec la complexité des situations de travail (Grosjean, 2009).

2.2.- Processus et modèles d'intervention

Cette partie aborde les processus et les modèles d'intervention systémiques à travers quatre aspects : leurs modalités d'appréhension de la situation, la posture qu'ils préconisent, leur

cible et leurs outils. Pour illustrer la pertinence d'appliquer ces principes à l'amélioration du bien-être au travail, nous montrons en quoi ils contribuent à compléter et à enrichir les démarches de prévention plus cartésiennes. Ces principes, recensés dans la littérature, sont récapitulés dans le tableau 1.

	Démarches de prévention traditionnelles	Enrichissements proposés par l'intervention systémique
Modalités d'appréhension de la situation	Démarche analytique : Exhaustivité, réductionnisme...	Démarche synthétique : Agréativité, globalisme,...
Posture d'intervention	Participative et normative.	Participative et constructiviste.
Cible de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Ciblée sur le contenu et les données récoltées. • Connaissance et prévention des situations à risque pour la santé des salariés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciblée sur les processus d'intervention et de changement. • Émergence de nouvelles régulations, plus compatibles avec la santé des salariés.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • Destinés à obtenir une représentation consensuelle des problèmes. • Recherche du « Pourquoi ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Destinés à susciter des représentations alternatives des situations problématiques. • Recherche du « Comment ».

Tableau 1 : Principes des démarches de prévention traditionnelles et enrichissements proposés par l'intervention systémique

Table 1: Principles of traditional approaches to prevention, and contributions suggested by systemic intervention

2.2.1.- Modalités d'appréhension de la situation

Quand on recense les diverses méthodes de diagnostic associées aux courants d'intervention systémiques, on constate que ceux-ci respectent naturellement les principes-clés du paradigme (globalisme, agréativité, téléologie...) et qu'ils intègrent de ce fait une préoccupation pour l'action (Nizet & Huybrechts, 1999). C'est surtout le principe d'*agréativité* qui prime, en lieu et place de l'exhaustivité. Il n'est pas donc nécessaire de prétendre obtenir une image fidèle d'une situation pour la transformer (Benoit & Perez-Benoit, 2006 ; Houghton, 2009).

Ces courants s'opposent ainsi à des démarches de prévention qui postulent qu'une compréhension minutieuse et exhaustive de la situation doit précéder l'action (Leka et al., 2010 ; Malchaire, 2010). Pour atteindre l'exhaustivité, ces démarches débutent par un diagnostic quantifié qui sépare les dimensions du travail (relations hiérarchiques, latitude décisionnelle...) (Hubault, Szelwar, & Uchida, 2011). Cette manière de procéder fait écho au principe de *réductionniste* du mode de pensée cartésien (cf. 1.2.). Ce n'est néanmoins pas le parti pris du paradigme systémique qui souligne l'importance de connaître la situation dans sa globalité, en référence au principe de *globalisme* (cf. 1.2.). On retrouve ici les motivations de son émergence ; ne pas réduire la complexité des situations à gérer, à des modèles génériques et abstraits laissant ainsi entrevoir un décalage entre la connaissance et l'action concrète sur ces dernières.

Par comparaison avec les diverses approches ergonomiques, notamment celles d'inspiration francophone qui s'attachent à une analyse de l'activité relativement poussée, la posture adoptée ici est contrastée. Si l'on s'appuie sur la distinction en trois catégories proposée par Falzon, la conception dont nous sommes les plus proches est celle qu'il nomme « pratique ergonomique conçue comme activité de résolution collaborative » (2004, p. 33). Un rapprochement peut aussi s'opérer avec le courant de l'ergonomie participative, qui s'est fortement développé dès les années 1990 (Noro & Imada, 1991). L'intervention systémique peut être vue sous cet angle, en ce qu'elle associe l'expertise des salariés sur le contenu des problèmes abordés à celle de l'intervenant, sur les processus qui mènent à leur résolution.

Elle requiert alors d'accéder à l'activité seulement à travers le discours des salariés, sans procéder à la moindre observation directe de celle-ci. Dès lors, le diagnostic repose uniquement sur la mise en débat des points de vue des participants, concernant des aspects de la situation de travail qu'ils perçoivent comme importants.

S'agissant de problématiques psychosociales essentiellement, on part donc de problèmes et de solutions qui sont supposés résider dans l'intersubjectivité. Ce faisant, l'intervenant n'agit pas en qualité d'expert de l'activité, mais en se centrant sur le discours de ses interlocuteurs. En accord avec Malchaire (2010), l'intervenant insiste sur l'expertise que les salariés développent par rapport à leur propre situation et permet ainsi la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la santé au travail sans préalablement recourir à une analyse ciblée de l'activité. Ce dernier se centre donc délibérément sur le processus de changement et estime, le cas échéant, que le diagnostic des situations problématiques relève en grande partie des salariés. Là où l'ergonomie vise à décrire le travail « tel qu'il se passe réellement » (Wisner, 1985), la systémique cherche à accéder à ce dernier tel qu'il est énoncé par les personnes. Nous nous rapprochons ainsi d'une position phénoménologique, dès lors qu'on postule pouvoir atteindre une certaine authenticité dans l'expression des vécus.

2.2.2.- Posture d'intervention

Dans la littérature, la participation des salariés est généralement présentée comme un élément incontournable de l'amélioration de la santé au travail, même si elle se limite souvent à une consultation des salariés par questionnaire (Clot & Davezies, 2011). Dans ce cas, l'intervenant s'attache à identifier des « facteurs de risque » au travers des réponses des salariés (exemples : Gollac & Bodier, 2011 ; Nasse & Légeron, 2008), grâce à des scores qui, une fois calculés donnent lieu à des comparaisons avec ceux d'une population du même secteur d'activité ou à des standards académiques. Procédant ainsi, les scores sont utilisés pour distinguer « le normal du pathologique, les vraies causes des aléas acceptables » (Grosjean, 2009, p. 1). En resituant les réponses des salariés par rapport à une norme, c'est l'« objectivation » des problèmes rencontrés par ces salariés qui est visée, en négligeant les interprétations particulières qui en sont faites, liées au contexte (Lallement et al., 2011). Cette posture normative est critiquée dans la littérature, notamment pour son absence de prise en compte :

- des *différences interindividuelles* d'évaluation de la situation de travail, dans la valence positive ou négative attribuée à différents aspects ;
- de la *dimension sociale* de ces différences d'évaluation, c'est-à-dire de l'influence des divers contextes professionnels et organisationnels sur l'appréciation du milieu de travail (Loriol, 2010).

Pour illustrer la première critique, prenons l'exemple de l'évaluation des interruptions dans le travail (appels téléphoniques par exemple...) par les salariés. Des études ont montré leur impact délétère en termes de bien-être (Karasek & Theorell, 1990 ; Zijlstra, Roe, Leonora, & Krediet, 1999) ; elles sont à ce titre assimilées à un « facteur de risque » (exemple : Gollac & Bodier, 2011). Pourtant, dans l'enquête DARES *Conditions de travail* menée en 2005, on apprend que parmi les salariés déclarant devoir « abandonner une tâche pour une autre », 16,7 % évaluent cet aspect comme positif et 43,9 % estiment que c'est sans conséquence sur leur travail (DARES, 2011).

Quant à la seconde critique, elle s'appuie sur des travaux qui mettent en avant le rôle du contexte professionnel et organisationnel dans l'appréhension collective des difficultés rencontrées par les salariés (Loriol, Boussard, Caroly, Jobard, Leclerc, & Plaza, 2004). Poursuivons avec l'exemple précédent sur les interruptions dans le travail ; dans l'étude de Loriol et al. (2004), les infirmières évaluent cet aspect comme plutôt négatif alors que les policiers l'apprécient positivement, notamment car il s'apparente à une reconnaissance de leur « autonomie de décision ». Dès lors que des événements ou des aspects de l'activité *a priori* similaires peuvent être évalués différemment en fonction du contexte social et

professionnel, il semble difficile de le négliger dans l'intervention. Une mesure déclarée « vraie » dans une situation, perd ainsi de sa validité dans un autre contexte, voire se contredit.

Du fait d'un ancrage constructiviste radical (cf. 1.2.), l'intervention systémique rompt avec cette posture d'expert et propose une alternative. Sa posture « collaborative » implique nécessairement d'associer les salariés au processus de l'intervention. Dès les années 1970, l'ergonomie a prôné cette posture, en reconnaissant que « les travailleurs ont leur mot à dire sur le travail » (Teiger, 2007, p. 41). Mais, en plus de cela, l'intervention systémique préconise une attitude non normative envers les interlocuteurs. Dans cette optique, la subjectivité n'est plus un biais à contourner, au contraire, elle est indispensable à la compréhension de la situation (Benoit & Perez-Benoit, 2006). Différentes *versions de la réalité* coexistent et en aucun cas l'une ne peut être considérée comme plus « vraie » ou plus « légitime » qu'une autre (Checkland, 2000 ; Duterme, 2002 ; Königswieser & Hillebrand, 2005). Dans la pratique, une telle posture met logiquement l'emphase sur l'autonomie et la responsabilité des clients de l'intervention (Glaserfeld, 2004 ; Watzlawick, 1984). Comme le rappelle Jackson, ces derniers « ont une totale autonomie tant au niveau des changements à introduire dans le système que des objectifs qu'ils poursuivent » (2000, p. 134, traduction libre). De même, l'intervenant n'impose pas de norme de bon fonctionnement et n'oriente en aucun cas la démarche vers la recherche d'une « vérité » à révéler. Il cherche plutôt, de manière pragmatique, à aboutir à une compréhension socialement construite de la situation, pour une action plus efficace. Cette posture, surtout théorisée par l'école de Palo Alto (Wittezaele & Garcia, 2006) et le développement organisationnel (Schein, 1987), comporte un autre versant. Si les objectifs relèvent en effet de l'organisation cliente, le consultant garde néanmoins la maîtrise du cadre et du processus de l'intervention.

2.2.3.- Cible de l'intervention

Ces deux versants de la posture de l'intervenant – autonomie du client et maîtrise du cadre – ne sont pas sans rappeler un autre principe propre à l'approche systémique : la centration sur le processus de l'intervention plutôt que sur son contenu. Cette distinction a notamment été introduite par Schein (1987) et Margulies et Raia (1972) ; l'intervenant centré sur le *contenu* prend pour cible les aspects « techniques » des problèmes à traiter dans l'organisation (Perez, 2006). De l'autre côté, l'intervenant orienté *processus* s'intéresse au dispositif d'intervention, favorise l'ouverture à de nouvelles façons de faire et crée les conditions de l'émergence du changement (Macintosh & Maclean, 1999). C'est par la maîtrise du processus d'intervention qu'il affirme son expertise, en amenant l'organisation à résoudre le problème d'une manière encore non expérimentée. Si l'organisation cliente est « bloquée » face à un problème, l'intervenant l'incite alors à s'écarter de son mode habituel de résolution qui n'a pas donné de résultat (Nizet & Huybrechts, 1999). Pour le consultant, la perspective d'une capitalisation à partir de l'expérience ne peut donc s'envisager que par rapport au cadre de l'intervention, à ses processus, et non concernant le contenu des problématiques de l'entreprise. Dans l'intervention systémique, cette attention pour le processus s'accompagne aussi d'une certaine réflexivité de l'intervenant, « constamment en train d'interroger les modalités selon lesquelles se déroule son intervention » (Pichault, 2006, p. 8). Ce principe est depuis longtemps partagé par la sociologie (Friedberg, 2001) ou l'ergonomie (Guérin et al., 2001) qui intègrent ce questionnement perpétuel, associé à une préoccupation de changement.

Pour certains auteurs (Biron, Gatrell, & Cooper, 2010 ; Schaufeli, 2004), cette réflexivité fait néanmoins défaut dans le domaine de la prévention, où l'on se focalise sur la précision du diagnostic, au détriment des retombées du processus d'intervention. Ce point nous amène à aborder la pertinence d'utilisation des interventions, qui diffère considérablement selon l'approche adoptée. Selon Davezies (2001), les questionnaires couramment mobilisés à des fins de prévention, issus de l'épidémiologie, ont été initialement développés en vue d'établir des relations statistiques entre la situation de travail autoévaluée et l'état de santé des salariés. Ceux-ci ont ainsi été conçus de manière à satisfaire deux critères de validité

scientifique : l'*abstraction* et la *décontextualisation* (Clot & Davezies, 2011 ; Davezies, 2001). Mobiliser de tels outils sur le terrain c'est opérer un amalgame entre les exigences de la production des connaissances et celles de l'action. Ceci contribue ainsi à lisser la complexité des situations professionnelles, à en donner « une vision dont le grain est beaucoup trop grossier pour offrir des perspectives d'action » (Davezies, 2001, p. 6). Ces interventions sont donc à privilégier dans des grandes entreprises si l'on souhaite produire des connaissances partagées sur l'ampleur des problèmes rencontrés, sur leurs causes potentielles et orienter les actions sur les groupes ou les unités les plus en difficultés. Mais leur mobilisation dans une visée de transformation semble moins fructueuse ; ces diagnostics n'étant pas toujours suivis des changements organisationnels préconisés par les intervenants – comme en témoignent les études citées dans l'introduction.

2.2.4.- Outils

Les principes qui viennent d'être présentés sont étayés par des outils d'analyse et d'action, au sein des courants d'intervention systémiques. Ces outils sont destinés à rendre la situation intelligible et à identifier des leviers d'action. Surtout, ils visent à amener les clients de l'intervention à envisager la situation sous un autre angle, et ce en vue de résoudre les problèmes de manière inédite (Benoit & Perez-Benoit, 2006 ; Campbell & Huffington, 2008). Nous illustrons ce parti pris en détaillant une technique d'interaction mobilisée au cours de l'étude de cas exposée dans l'article.

Cet outil intitulé « questionnement circulaire » est utilisé par le consultant, au cours d'entretiens individuels ou de groupe. Il consiste à demander aux interlocuteurs de décrire une situation, en termes de différences, de comparaisons ou de connexions (e.g. « Comment votre manager définirait-il le problème ? »...). Cette spécificité tire son origine des travaux de Bateson (1972) selon lesquels l'information est un message portant sur une différence. C'est en 1980 que les thérapeutes de l'école de Milan ont opérationnalisé ce point de vue théorique en développant des questions dites « circulaires », destinées à mettre en lumière les divergences et les connexions entre les membres d'un système familial (Brown, 1997 ; Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980). Deux courants d'intervention ont ensuite appliqué la technique à l'entreprise : le *Consulting Systémique* (Königswieser & Hillebrand, 2005) et la *Consultation Dynamique* (Campbell & Huffington, 2008). En suscitant un processus réflexif chez les interlocuteurs (Campbell & Huffington, 2008 ; Selvini et al., 1980), cette technique vise à :

- obtenir de l'information, à orienter l'intervenant ;
- éclairer le contexte de la situation ainsi que les processus circulaires qui l'entretiennent. ;
- éveiller de nouvelles manières d'appréhender et de traiter les problèmes.

C'est en « perturbant » l'entreprise et ses salariés que le questionnement circulaire parvient à de tels résultats. En d'autres termes, il s'agit d'amener les participants à envisager la situation sous un autre angle, sans pour autant discréditer leurs représentations initiales de celle-ci. Pour ce faire, l'intervenant peut par exemple leur demander de répondre à une question en se mettant à la place de leurs collègues, ou encore en imaginant ce qui pourrait aggraver les problèmes qu'ils évoquent. En mobilisant le questionnement circulaire, l'intervenant cherche donc à susciter des représentations alternatives de la situation, propices à l'émergence du changement.

Même si les modes d'action divergent, il s'agit là d'une recherche commune à tous les autres outils de l'intervention systémique (voir par exemple, les *rich pictures*, Checkland, 2000). Ils amènent à resituer les situations problématiques dans un environnement social donné, en éclairant les interactions de ses principaux acteurs. Comme le souligne Checkland (2000), l'adoption d'une perspective globale éclaire les leviers et les acteurs indispensables à l'amélioration de la situation. C'est donc raisonner de manière *téléologique*, pour se centrer sur le but, la finalité de l'entreprise en marginalisant la perspective orientée vers le « pourquoi » et la recherche d'une vérité qu'il faudrait découvrir (Flood, 2010). Comme nous venons de l'exposer, l'intervention systémique révèle de multiples possibilités

d'enrichissement du champ de la prévention. Dans la partie suivante, ces potentialités sont illustrées à partir d'un cas réel.

3.- Étude d'un cas d'intervention : application à la santé et au bien-être au travail.

À travers le cas suivant, dans le domaine de la gestion des fonds de la formation, nous illustrons les modalités de transposition des principes et des outils de l'intervention systémique à la santé au travail.

3.1.- Contexte et méthode

Cette intervention a été réalisée dans un organisme de gestion des fonds de la formation professionnelle (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) d'environ 300 salariés, répartis dans 22 services régionaux. Elle s'inscrit dans le cadre de l'obligation légale d'élaborer un plan d'action en faveur des seniors, afin d'améliorer la santé et le bien-être des plus âgés et de favoriser le maintien dans l'emploi. Cette intervention s'est étendue sur une période de trois mois.

Elle a mobilisé une méthodologie inspirée des apports de l'école de Palo Alto et du Consulting Systémique, dont les grandes phases sont illustrées ci-dessous (cf. Figure 2). Cette démarche intègre l'utilisation d'un outil que nous avons précédemment décrit : les questions circulaires (cf. 2.2.4.).

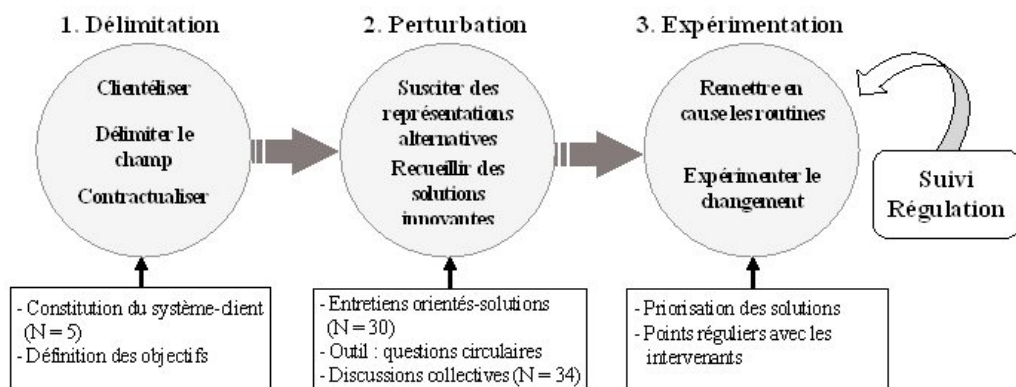


Figure 2 : Principaux processus et phases de l'intervention

Figure 2: Main processes and stages of the intervention

– Phase 1 : délimitation

L'intervention a débuté par la délimitation de ses buts et de son champ d'action. D'abord, un système-client avec lequel nous avons collaboré – qui s'apparente à l'élément moteur du changement – a été constitué (CHSCT et fonction Ressources Humaines). En accord avec la posture développée dans cet article, les clients étaient libres des objectifs qu'ils définissaient. Un objectif a ainsi été négocié avec ce groupe, à savoir implanter des actions concrètes pour améliorer les conditions de travail des seniors. Puis, un périmètre d'action pertinent a été délimité. Cinq services ont participé à la démarche, en raison de leur motivation, de leurs activités ou de la composition de l'équipe.

– Phase 2 : perturbation

Pour répondre à cette attente, les intervenants ont d'abord amené les participants à proposer des solutions, tout en adoptant une posture non normative (Glaserfeld, 2004). Dans ce

cadre, trente entretiens individuels « orientés – solutions » ont été menés avec les salariés volontaires (durée : 1h00 à 1h30). En accord avec cette posture, les intervenants laissaient les salariés libres de participer ou non, sans se soucier de la représentativité de l'échantillon (par exemple en termes d'âge). Ces entretiens incluait des questions circulaires (Königswieser & Hillebrand, 2005), qui ont été adaptées à la problématique de la santé tout au long de la vie (cf. Tableau 2, pour une illustration).

Catégories de questions utilisées en entretien		Exemples de questions formulées par les intervenants
Décentration	Demander aux salariés de percevoir la situation comme s'ils étaient à la place d'autrui.	Face à un salarié qui débute sa carrière, avec peu d'expérience, quels conseils lui donnez-vous pour préserver sa santé sur le long terme ?
Orientée-solutions	Questionner les individus de manière à ce qu'ils cherchent des solutions.	Existe-t-il des solutions que vous avez adoptées spontanément au début de votre carrière, et que vous jugez à présent efficaces, avec plus d'ancienneté ?
Différences temporelles	Interroger en vue de faciliter la prise de conscience des changements qui surviennent au fil du temps.	Avec vos conditions de travail actuelles, pourriez-vous continuer à travailler jusqu'à la retraite, sans difficulté ?

Tableau 2 : Présentation de trois questions circulaires utilisées en entretien (adaptées de Königswieser et Hillebrand, 2005)

Table 2: Examples of three circular questions used in interviews (adapted from Königswieser et Hillebrand, 2005)

Comme nous l'avons souligné, les questions circulaires sont utilisées pour « perturber » les participants, c'est-à-dire pour les amener à envisager la situation autrement. En questionnant ainsi les salariés, les intervenants les ont incités à aborder le contexte inhérent aux problèmes qu'ils évoquaient, pour élargir leur vision de ces derniers. Il s'agissait de récolter des solutions innovantes, s'écartant des solutions habituelles à l'entreprise et parfois non productives.

Ces entretiens ont abouti à un rapport contenant les solutions proposées par les salariés, simplement collectées⁵. En termes de diagnostic, les intervenants se sont donc limités à restituer un aperçu des situations problématiques évoquées en entretien, reliées à des propositions de changement. Deux mois plus tard, ce rapport a été présenté lors de discussions collectives dans les cinq services concernés (durée : 1h30 à 2h00). Bien plus qu'une simple restitution orale, cette phase d'échange est considérée comme une partie intégrante du processus de changement. C'est sur la base de ce retour que les salariés et l'encadrement étaient invités à échanger librement et à proposer de nouvelles solutions.

- Phase 3 : expérimentation

Par la suite, toutes les solutions validées par les salariés ont été collectées par les intervenants, puis transmises au système-client. Dans un souci d'autonomisation, ce dernier a établi des priorités parmi ces propositions et s'est chargé de leur implantation. Dans cette phase, une attention particulière a été portée aux processus encourageant le passage à l'action ; les intervenants ont notamment invité les clients à donner la priorité à trois actions minimales, pour démontrer la possibilité du changement et l'engager rapidement dans cette voie. Un suivi de la progression du groupe a également été initié et donne lieu à des points réguliers.

⁵ Un accord selon lequel la mise en avant des solutions primerait sur celle des dysfonctionnements a été au préalable convenu avec le système-client.

3.2.- Démarche d'évaluation du processus de l'intervention

Des analyses qualitatives ont été menées en vue d'étudier l'impact du processus méthodologique et des outils mobilisés par les intervenants. Celles-ci tendent d'abord à montrer que le questionnement circulaire suscite une prise de recul permettant l'expression de solutions qui n'auraient peut-être pas émergé de manière spontanée, sans l'emploi de la technique. Pour illustrer ce propos, trois extraits d'entretiens sont retranscrits et interprétés dans le tableau 3.

Extraits d'entretiens	Éléments d'interprétation
1. Utilisation d'une question de décentration auprès d'une responsable de service :	
<p>- Salariée : <i>Ha moi je suis heureuse.</i></p> <p>- Intervenant : <i>Alors, vous, pour les salariés seniors qui vont peut-être un peu moins bien que vous, vous auriez des solutions à proposer ?</i></p> <p>- Salariée : <i>Je sais pas du tout, à part M. [...] je pense qu'une coupure dans la semaine, ça lui ferait du bien [...]. Vous me donnez une idée là, je vais en parler avec lui.</i></p>	<p>Incitée à se décentrer (par un questionnement axé sur ses collègues), l'interviewée évoque alors l'idée de proposer du télétravail à un membre de son équipe. Ses propos tendent à indiquer qu'elle n'avait pas pensé à cette solution auparavant puisqu'elle a ensuite déclaré « vous me donnez une idée là » alors que l'intervenant n'a de fait, rien suggéré.</p>
2. Utilisation d'une question orientée-solutions auprès d'un chargé d'études :	
<p>- Intervenant : <i>Vous y avez déjà pensé, mais vous n'avez jamais trouvé de solution au cours de votre carrière ?</i></p> <p>- Salarié : <i>Trouver de solution miracle non... [...] On peut très bien ouvrir aussi largement que possible les possibilités de... d'aménager les postes de travail [...] Je pense aussi à un système... peut-être des systèmes un peu à la carte. À partir du moment où il y a une série d'options possibles, est-ce que les salariés ne peuvent pas choisir, par exemple, 3 options ?</i></p>	<p>Ce salarié évoque le caractère aléatoire de la mise en place des aménagements pour les plus âgés. C'est alors que l'intervenant utilise une question orientée-solutions pour l'interroger sur les actions à entreprendre. On peut supposer que cette question a permis la production d'une solution inédite (un fonctionnement à la carte pour les aménagements de poste), qui n'aurait pas été exprimée spontanément.</p>
3. Utilisation d'une question orientée-solutions auprès d'un chargé d'études :	
<p>- Intervenant : <i>Vous vous levez un matin et la situation s'est améliorée. Selon vous, qu'est-ce qui a été modifié ?</i></p> <p>- Salarié : <i>[...] il y a... il y a des contraintes que nous n'avons plus, et d'autres par contre qui sont plus importantes, alors je ne sais pas est-ce qu'on peut commencer plus tôt le matin ou finir plus tard le soir ?</i></p>	<p>Ici l'intervenant mobilise une question orientée-solutions, où il invite le salarié à se projeter dans le futur de manière positive. On constate que l'exploration d'une situation où un nouveau cadre est proposé (c'est-à-dire où des améliorations sont possibles) contribue à l'émergence d'une idée concernant l'aménagement des horaires de travail.</p>

Tableau 3 : Illustration du questionnement circulaire dans trois extraits d'entretiens

Table 3: Illustration of circular questioning in three extracts from interviews

Par la suite, les cinq discussions collectives ont permis l'élaboration de solutions plus abouties et plus contextualisées. On estime que c'est en débattant des divergences dans la « vérité » de chacun (Checkland, 2000 ; Hatchuel, 1994) que le groupe parvient à des propositions enrichies et plus consensuelles. En outre, un nombre important de nouvelles solutions – non évoquées individuellement – a émergé au cours des échanges (cf. Tableau 4). Ces constats sont cohérents avec la théorie de Senge (1990), selon laquelle des idées innovantes et non routinières ne peuvent émerger que dans l'interaction entre les membres de l'organisation, *a fortiori* lorsque ceux-ci ont été au préalable impliqués dans une recherche active de solutions et confrontés à de nouvelles perspectives. C'est bien au moment de ces échanges que des débats ont eu lieu, permettant de statuer sur les règles

implicites de l'organisation. Certaines équipes ont par exemple remis en cause le mode habituel de gestion des compétences, en soulignant la nécessité d'anticiper les évolutions de l'activité. Le tableau 4 illustre les solutions issues de ce débat dans un service.

Solutions recueillies pour adapter la formation des salariés aux évolutions rapides de leur activité	
Issues des entretiens individuels	Issues des discussions collectives
1. Développer des formations sur des aspects techniques, dont l'évolution est rapide.	1. Développer les formations inter-régions, où les salariés peuvent (a) mettre en pratique de façon concrète les connaissances transmises par le formateur, (b) échanger sur leurs pratiques.
2. Privilégier des formations sur le terrain (plus adaptées aux spécificités des seniors).	2. Repérer les expertises internes : un salarié expert sur un sujet donné pourrait se déplacer dans les services pour dispenser des formations ponctuelles.
	3. Prévoir un « service après-vente » : des possibilités de contacter les formateurs après la session, si certaines difficultés persistent.
	4. Réfléchir à la mise en place de moyens de formation qui ne nécessitent pas de se déplacer au siège social (e-learning...).

Tableau 4 : Comparaison des solutions issues des entretiens individuels puis des discussions collectives dans un service

Table 4: Comparison between the solutions proposed in interviews and collective discussions in a department

3.3.- Démarche d'évaluation post-intervention

Suite à leur départ de l'entreprise, les intervenants ont initié un suivi par l'intermédiaire de bilans réguliers. Dans une perspective émergente du changement, on suppose que ces retours ponctuels sur les actions implantées et leurs retombées sont nécessaires à l'appropriation des nouvelles régulations expérimentées dans l'organisation. Dix mois après la clôture de l'intervention, ce suivi a porté sur des entretiens avec les cinq membres « clients » (durée : 20 à 40 min). Une grille d'entretien a été élaborée à partir de la littérature (Randall, Cox, & Griffiths, 2007) pour aborder leur appréciation du processus et du contexte de l'intervention, ainsi que des changements en résultant.

Bien que les changements souhaités ne soient pas tous implantés à ce terme, de nombreuses améliorations ont été mises en œuvre, indépendamment de l'âge des salariés : possibilités d'alterner entre accueil téléphonique et gestion des dossiers, installation de la visioconférence, actions de communication sur les mesures sociales à disposition de chacun, formation de l'encadrement à la diversité... Un point saillant souligné par chacun des cinq interviewés concerne la tentative d'améliorer la santé au travail de manière plus globale et proactive qu'auparavant. Prenons l'exemple d'une solution proposée par les salariés : réaliser une action de communication (orale, écrite) sur les aménagements à disposition des seniors. Dans une logique de préservation de la santé, les clients ont décidé de l'étendre à l'ensemble du personnel, en insistant sur les mesures disponibles à chaque âge de la vie. Cette initiative s'oppose au mode habituel de régulation des problèmes de santé dans l'entreprise, comportant de nombreuses limites exprimées lors des discussions collectives : il consistait à gérer ces problèmes en les cloisonnant, dans une logique de réparation individuelle plus que de prévention collective.

Pour relier les résultats obtenus, suite à l'intervention, au processus mis en œuvre au cours de celle-ci, l'analyse thématique des entretiens a permis de dégager trois modalités déterminantes dans le passage à l'action selon les membres « clients » :

— Les étapes de l'intervention : ce point a été abordé par les cinq interviewés. Selon ces derniers, la réalisation d'entretiens rapidement suivie de discussions collectives a favorisé

l'émergence de solutions adaptées aux problématiques soulevées par les salariés.

- La posture des intervenants : quatre interviewés sur cinq ont évoqué l'attitude « nuancée » et « centrée sur leurs attentes » de l'équipe intervenante. Ces derniers estiment que cette attitude pragmatique a permis d'aboutir à des changements dans de courts délais.
- Le suivi des intervenants : pour quatre des interviewés, cet accompagnement est intervenu trop tardivement. L'initiation de ce suivi au moment même de l'implantation des premières actions aurait probablement facilité et accéléré leur implantation.

4.- Discussion

Dans cette partie, nous discutons de la pertinence de l'application du paradigme systémique à l'amélioration du bien-être au travail. Nous abordons d'abord les conditions concrètes de cette transposition, pour terminer sur ses intérêts et ses limites.

4.1.- Possibilités d'application à la santé et au bien-être au travail

Le cas exposé dans l'article réunit les principes essentiels de l'intervention systémique :

- une centration sur le *processus* d'intervention ;
- une posture *constructiviste* ;
- une conception *émergente* du changement basée sur la notion de perturbation.

Pour autant, l'application de ce paradigme à l'amélioration de la santé au travail a nécessité des adaptations mineures, menant ainsi à pondérer certains de ses principes. Ces possibilités d'application et leurs limites sont évoquées ci-dessous.

Un premier point concerne l'adoption d'une posture non experte, à ancrage constructiviste. Partant du principe qu'il n'est pas pertinent de se référer à une norme, l'intervenant considère les salariés comme compétents pour déterminer leurs problèmes, les solutions correspondantes et en définir le degré de priorité (Benoit & Perez-Benoit, 2006). Ce principe se double de deux corrélats aisément mis en œuvre dans l'intervention au sein de l'organisme collecteur et bien accepté par les clients. D'abord, on considère que les salariés ne sont pas enclins à mettre en œuvre spontanément les changements souhaités (sinon l'intervention n'aurait pas d'utilité et aucune demande ne serait formulée). Ce qui nous amène au second corrélat : c'est à l'intervenant qu'il incombe de faciliter l'émergence et l'expression (feedback) des changements souhaités – mais non mis en œuvre – pour inciter à les implanter, sans toutefois insister sur les raisons de l'inertie. Dans un tel cadre, nous postulons que ces raisons sont ambiguës et complexes ; mais nous affirmons aussi que leur étude n'est pas pertinente au regard du changement attendu ; elle comporte en outre le risque de mettre en avant les « bonnes raisons de ne rien changer » au lieu d'inciter à évoluer (Nardone & Watzlawick, 2005). Pour autant, cela ne signifie pas que l'intervention systémique soit dénuée d'une explication plus globale du non-changement. Elle repose au contraire sur un postulat hérité d'une conception émergente du changement (Todnem, 2005) : l'inertie tient au fait que l'organisation est bloquée dans des automatismes et des routines qui ne sont plus réfléchis, face à un problème qui nécessite pourtant une adaptation (Macintosh & Maclean, 1999) ou un apprentissage « en double boucle », pour reprendre le terme d'Argyris et Schön (1978). C'est donc là qu'intervient la compétence du consultant, lorsqu'il amène les salariés à imaginer, à suggérer puis à expérimenter concrètement de nouvelles manières de réguler un problème donné.

Dans le cas présenté, l'accent est mis sur l'émergence de solutions innovantes en mobilisant le questionnement circulaire (complété par des discussions collectives). Cette technique s'assimile à une « perturbation » des routines de l'organisation (Leifer, 1989 ; Macintosh & Maclean, 1999), en ce qu'elle permet d'imaginer d'autres façons de faire et d'élargir le

champ des possibles (Campbell & Huffington, 2008). Elle accroît aussi l'inconfort lié à la position actuelle, en incitant les salariés à explorer des situations qui sortent du cadre habituel (e.g. « Vous vous levez un matin et la situation s'est améliorée. Qu'est-ce qui a été modifié ? » ; « Quelles difficultés pourriez-vous rencontrer dans le futur ? »...). Le questionnement circulaire est donc utile pour augmenter la réceptivité au changement et créer les conditions de son émergence. Son champ d'action reste néanmoins local et éphémère, circonscrit à une situation d'entretien. Cette technique est ainsi compatible avec un mode d'intervention que nous qualifions d'*auto-prescriptif*, tel qu'on peut l'observer dans le cas de l'organisme collecteur. Il implique que l'intervenant prépare et accompagne le changement, mais ne précipite et ne prescrit pas sa mise en œuvre ; ce sont les clients de l'intervention qui se chargent de cette phase précise.

On peut l'opposer à d'autres interventions conduites sur un mode *hétéro-prescriptif*. Dès lors, le rôle de l'intervenant consiste à précipiter l'expérimentation des changements souhaités, mais non adoptés en raison de leur discordance avec les routines de l'entreprise. C'est par le biais d'une *prescription directe* (Nardone & Watzlawick, 2005) que l'intervenant incite les salariés à mettre en place concrètement ces changements ; en proposant de tester immédiatement une des solutions proposées, tout en les impliquant. Dans ce mode d'intervention plus en accord avec les postulats constructivistes de la méthode, on considère alors que la mise en œuvre du changement relève de l'initiative des équipes de travail. Mais comme nous l'avons signalé, la phase d'expérimentation et d'instabilité peut s'avérer inconfortable. Une telle situation « intermédiaire » peut être vécue comme discordante par rapport aux routines et règles implicites de l'organisation, que l'intervenant doit donc questionner au regard des bénéfices associés au changement (plus précisément, au nouvel équilibre qui émerge). Il peut par exemple apporter la preuve d'une amélioration des difficultés d'une équipe (feedback positif) pour empêcher un retour à l'état initial et accentuer le changement. Par la suite, l'intervenant a tout intérêt à réduire la durée de cette phase intermédiaire et à endosser un rôle d'accompagnement pour atteindre de nouvelles régulations.

Dans le cas de l'organisme collecteur, l'intervention s'est limitée au mode auto-prescriptif. C'est la réticence des instances de direction par rapport à l'implantation directe des actions qui nous a menés à procéder ainsi. En insistant sur le rôle décisionnel des clients dans le changement, ce mode plus traditionnel restreint ainsi les possibilités de mise en œuvre spontanée des solutions. Contrairement à l'hétéro-prescription, les instances de directions conservent ainsi un plus grand pouvoir de décision sur les solutions à entreprendre, notamment en cas de désaccord avec les autres membres clients.

Il s'agit là aussi d'une limite à l'application de l'approche systémique, liée aux attentes *a priori* des clients de l'intervention. Souvent, les clients anticipent « la solution » à la situation qui pose problème (Amado & Lhuilier, 2012) et passent alors une « commande » de prestation à l'intervenant. Mais il est probable que la méthodologie proposée ici soit bien éloignée de la commande des clients, reposant implicitement sur des conceptions plus traditionnelles. Cela suppose que l'intervenant légitime la démarche qu'il propose, en négociant constamment ses modalités concrètes de changements possibles (Pichault, 2006). Pour finir, les modalités du cas exposé sont associées à des alternatives qui pouvaient aussi être exploitées, mais qui n'ont pas été utilisées dans cette intervention (Tableau 5).

	Cas d'intervention : organisme de gestion des fonds de la formation	Exemples de possibilités non exploitées dans l'intervention
Technique de perturbation	<i>Questionnement circulaire</i> : : l'intervenant questionne les salariés de manière à ouvrir et à « expérimenter » de nouvelles perspectives (Campbell & Huffington, 2008 ; Königswieser & Hillebrand, 2005).	<i>Prescription directe</i> : l'intervenant prescrit le changement allant à l'encontre des routines organisationnelles, que les clients n'ont encore pas entrepris d'eux-mêmes (Nardone & Watzlawick, 2005)
Dimension prescriptive	<i>Auto-prescription</i> : bien qu'il prépare le changement, l'assiste et en effectue le suivi l'intervenant n'en précipite pas la mise en œuvre.	<i>Hétéro-prescription</i> : en plus de faciliter le passage à l'action, l'intervenant prescrit et précipite les changements souhaités, exprimés par les salariés.
Dimension décisionnelle	Le système-client et la direction valident, priorisent les propositions d'action des salariés et se chargent de leur implantation concrète.	La mise en œuvre des actions relève de l'initiative des équipes de travail.
Constat d'efficacité	Par les actions concrètement mises en œuvre.	Par la mise en évidence des conséquences liées au changement et la mise en débat de leurs avantages.

Tableau 5 : Résumé des modalités du cas d'intervention et des alternatives possibles

Table 5: Summary of the intervention characteristics, and possible alternatives

4.2.- Intérêts et limites

Cette étude de cas éclaire deux motivations principales à l'application de l'approche systémique dans une perspective d'amélioration du bien-être au travail. Elle témoigne d'abord de sa centration sur des modalités concrètes de l'intervention (e.g. de structuration des échanges, de participation...), envisagées comme des conditions essentielles à l'émergence du changement. En accord avec (Hansez & De Keyser, 2002, p. 189) qui énoncent que « tout se passe comme si, du diagnostic à l'intervention, la voie était royale », nous pensons que les démarches de prévention doivent davantage se centrer sur les solutions que sur les explications, plus sur les nouvelles régulations à privilégier que sur l'étude de causalités simples. Nous avons illustré, à travers le cas exposé, une alternative pragmatique à ces démarches, où le processus de l'intervention est pensé sous l'angle du changement à initier et non de l'explication des problèmes exprimés par les salariés. Si ces problèmes sont abordés, c'est uniquement dans le but d'en susciter des représentations alternatives qui remettent en cause la manière habituelle de traiter ces problèmes et amènent ainsi à l'élargir.

La seconde motivation à mobiliser l'approche systémique provient de sa capacité à initier une action rapide entre l'appréhension des situations problématiques, le débat sur les améliorations possibles et la mise en place d'actions correctrices. En considérant que la cohabitation de points de vue divergents est indispensable au débat des solutions, cette approche s'oppose à la recherche du consensus par le biais de questionnaires. De telles modalités de diagnostic ont un coût et leur application à des situations très singulières peut éloigner des solutions. L'intervention systémique constitue donc une réponse appropriée à des situations où l'utilisation de méthodes de diagnostic lourdes et complexes n'est pas opportune (e.g. petites entreprises...). Cette approche nous paraît particulièrement adaptée à la prise en charge de problématiques psychosociales, nécessitant d'accompagner les entreprises vers un mieux-être au travail. En revanche, son application à des situations requérant une expertise technique (e.g. travail sur écran...) semble plus délicate, car *a priori*

opposée à ses postulats constructivistes. De même, on peut douter de la pertinence d'une application à des situations d'isolement ou de maltraitance, nécessitant une posture plus clinique et l'instauration d'une relation aidante (Favaro, 2006 ; Schein, 1987).

Conclusion

Cet article soutient que le processus d'intervention – trop souvent négligé par les démarches dominantes de prévention – est déterminant dans le passage à l'action des et dans les entreprises. Il réaffirme que l'intervention systémique met l'accent sur l'activation du processus de changement, alors que le temps alloué à la compréhension de la situation est réduit à une portion bien plus congrue.

On a en outre insisté sur l'un des rôles de l'intervenant : aider à l'émergence de nouvelles perspectives lorsque l'organisation est bloquée dans des modes de régulations inappropriés pour résoudre un problème donné. Dans cette perspective, pour mener le changement dans une visée d'amélioration du bien-être et de la santé, nous incitons à porter plus d'attention aux processus en œuvre dans :

- *la gestion de la zone d'inconfort* : l'instabilité et le changement sont une source considérable de tensions et d'inquiétude tant pour les salariés que pour la hiérarchie (Bareil, Savoie, & Meunier, 2007). Cet inconfort doit être pris en compte et canalisé par une communication adéquate incluant notamment un rappel des raisons du changement surtout lorsqu'il n'est encore pas stabilisé ;
- *la démonstration des effets positifs du changement* : il s'agit de faire une utilisation appropriée du feedback positif. En apportant la preuve d'un bénéfice, l'intervenant renforce les changements fraîchement mis en place, contribue parfois à les accentuer et empêche un retour à l'état initial (Macintosh & Maclean, 1999) ;
- *la stabilisation par l'instauration de nouvelles régulations* : le changement initié ne devient pérenne que si des forces de rappel tendent à le maintenir et à le stabiliser, face à des routines bien admises qui l'empêchaient précédemment d'émerger (Macintosh & Maclean, 1999). Plus qu'un retour à équilibre statique, il doit donc s'inscrire dans un fonctionnement naturel autorégulé, adapté aux paramètres actuels de l'organisation et compatible avec sa préservation sur le long terme. Pour faciliter cette stabilisation, l'intervenant peut par exemple adresser un feedback sur les effets du changement à plus long terme et les ajustements qu'il nécessite.

La transposition des principes systémiques à l'intervention en santé au travail, telle qu'elle a été exposée dans l'étude de cas, montre qu'elle constitue une réponse appropriée pour pallier les insuffisances reprochées aux approches plus traditionnelles. Elle permet en effet de concilier des postulats théoriques forts (sur l'émergence du changement et l'inertie) à un pragmatisme dont l'intervenant ne peut faire l'économie.

BIBLIOGRAPHIE

- Amado, G., & Lhuilier, D. (2012). L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique. *Bulletin de psychologie*, 65(3), 263-276.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bareil, C., Savoie, A., & Meunier, S. (2007). Patterns of Discomfort with Organizational Change. *Journal of Change Management*, 7(1), 13-24.
- Barton, J., & Haslett, T. (2007). Analysis, Synthesis, Systems Thinking and the Scientific Method: Rediscovering the Importance of Open Systems. *Systems Research and Behavioral Science*, 24(2), 143-155.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco: Chandler.
- Benoit, D., & Perez-Benoit, F. (2006). L'intervention systémique brève. Pour une application, hors

- champ thérapeutique, du modèle de résolution de problèmes développé en Thérapie Brève. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 11(26), 97-141.
- Biron, C., Gatrell, C., & Cooper, C. L. (2010). Autopsy of a Failure: Evaluating Process and Contextual Issues in an Organizational-Level Work Stress Intervention. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 135-158.
- Bouffartigue, P. (2010). *Le stress au travail, entre psychologisation et critique des conditions de travail*. Communication présentée au XVIIème congrès de l'ISA « La sociologie en mouvement », Göteborg, Suède. Retrieved from <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00442122/>
- Brown, J. (1997). Circular questioning: An introductory guide. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(2), 109-114.
- Burke, W. W. (2004). Organization Development. In C. D. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 2, pp. 755-772). San Diego, CA: Elsevier.
- Campbell, D., & Huffington, C. (2008). *Organisations Connected: A Handbook of Systemic Consultation*. London: Karnac Books.
- Checkland, P. B. (2000). Soft Systems Methodology: A Thirty Year Retrospective. *Systems Research and Behavioral Science*, 17, 11-58.
- Chiles, T. H., Meyer, A. D., & Hench, T. H. (2004). Organizational Emergence: The Origin and Transformation of Branson, Missouri's Musical Theaters. *Organization Science*, 15(5), 499-519.
- Clot, Y. (2008). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie* (3rd ed.). Paris: Éditions La Découverte.
- Clot, Y., & Davezies, P. (2011). Des accords sur le stress qui sonnent faux. *Santé & Travail*, 74, 26-29.
- DARES. (2011). *Enquêtes Conditions de travail 1984-2005 : résultats détaillés*. Retrieved from <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-conditions-de-travail,2000/>
- Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances, Stratégies et Facteur Humain*, 1, 4-7.
- De Gaulejac, V. (2010). RPS : Quels diagnostics ? Enjeux scientifiques et politiques. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10(2), 51-70.
- De Savigny, D., & Taghreed, A. (2009). *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Geneva: World Health Organization.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le Travail Humain*, 58(1), 1-16.
- Direction Générale du Travail. (2011). *Analyse des accords signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés*. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- Doppler, F. (2004). Travail et santé. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 69-82). Paris: PUF.
- Dutermé, C. (2002). *La communication interne en entreprise : l'approche de Palo Alto et l'analyse des organisations*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 17-35). Paris: PUF.
- Favaro, M. (2004). Interventions thérapeutiques et consultance en entreprise. *Hygiène et Sécurité du Travail*, 195(2), 95-99.
- Favaro, M. (2006). L'intervention en santé mentale au travail : Une lecture interactionniste. *Revista Ciencias de la Salud*, 4(2), 64-81.
- Flood, R. L. (2010). The Relationship of "Systems Thinking" to Action Research. *Systemic Practice and Action Research*, 23(4), 269-284.
- French, W. L. (1969). Organization development: Objectives, Assumptions, and Strategies. *California Management Review*, 12(2), 23-34.
- Friedberg, E. (2001). Faire son métier de sociologue, surtout dans l'intervention. In O. Kutty & D. Vrancken (Eds.), *La sociologie et l'intervention : enjeux et perspectives* (pp. 111-130). Bruxelles: De Boeck Université.
- 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.
- Glaserfeld, E. V. (2004). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical ? In P. Jonnairt & D. Masciotra (Eds.), *Choix contemporains, Hommage à Ernst von Glasersfeld* (pp. 145–154). Sainte-Foy: Presses de l'Université de Québec.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Retrieved from http://www.dialogue-social.fr/files_upload/documentation/201105041525400.rapport_SRPST_definitif.pdf
- Grosjean, V. (2009). *Trentre ans après l'arbre des causes : ergonomie et bien-être au travail*. Communication présentée aux dixièmes journées d'étude de l'ADEO « L'ergonomie face aux mal-être des opérateurs », Paris, France.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Comprendre le travail pour le transformer*. Lyon: ANACT.
- 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.
- Hansez, I., & De Keyser, V. (2002). Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. In M. Neboit & M. Vézina (Eds.), *Santé au travail et santé psychique* (pp. 189-206). Toulouse: Octarès Editions.
- Hatchuel, A. (1994). Les savoirs de l'intervention en entreprise. *Entreprises et Histories*, 7, 59-75.
- Heylighen, F., & Joslyn, C. (2001). Cybernetics and second order cybernetics. In R. A. Meyers (Ed.), *Encyclopedia of Physical Science & Technology* (3rd ed., Vol. 4, pp. 155-170). New York: Academic Press.
- Houghton, L. (2009). Generalization and Systemic Epistemology: Why should it Make Sense? *Systems Research and Behavioral Science*, 26(1), 99–108.
- Hubault, F., Sznelwar, L., & Uchida, S. (2011). Risques psychosociaux : quand la subjectivité fait effraction dans l'organisation, qu'en fait l'ergonomie ? In F. Jeffroy & A. Garrigou (Eds.), *L'ergonomie à la croisée des risques. SELF'2011, Congrès International d'Ergonomie* (pp. 248-253). Paris, France.
- Jackson, M. C. (2000). *Systems approaches to management*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kirsten, T. G. J. C., Van der Walt, H. J. L., & Viljoen, C. T. (2009). Health, well-being and wellness: An anthropological eco-systemic approach. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 14(1), 1-7.
- Königswieser, R., & Hillebrand, M. (2005). *Systemic Consultancy in Organisations. Concepts – Tools – Innovations*. Heidelberg: Carl-Auer System.
- Lallement, M., Marry, C., Loriol, M., Molinier, P., Gollac, M., Marichalar, P., & Martin, E. (2011). Maux du travail : dégradation, recombinaison ou illusion ? *Sociologie du Travail*, 53(1), 3-36.
- Le Moigne, J. L. (2004). *Le constructivisme : Tome 3, Modéliser pour comprendre*. Paris: L'Harmattan.
- Le Moigne, J. L. (2006). *La théorie du système général : théorie de la modélisation* (4th ed.). Paris: Les classiques du Réseau Intelligence de la Complexité (RIC).
- Leifer, R. (1989). Understanding organizational transformation using a dissipative structural model. *Human Relations*, 42(10), 899-916.
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., & Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work & Stress*, 24(3), 298-307.
- Lippitt, R., Watson, J., & Westley, B. (1958). *The dynamics of planned change*. New York: Harcourt-Brace.
- Loriol, M. (2005). Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 191-

208.

- Loriol, M. (2010). Agir contre le stress et les risques psychosociaux au travail. *Regards sur l'actualité*, 363, 52-63.
- Loriol, M., Boussard, V., Caroly, S., Jobard, F., Leclerc, C., & Plaza, D. (2004). *Constructions du stress, psychologisation du social et rapport au public : les cas des infirmières hospitalières, des conducteurs de bus et des policiers*. Rapport de recherche. Bourg-la-Reine: Laboratoire Georges-Friedmann, CNRS - Université Paris I.
- Macintosh, R., & Maclean, D. (1999). Conditioned emergence: A dissipative structures approach to transformation. *Strategic Management Journal*, 20(4), 297-316.
- Malchaire, J. (2010). Stratégie participative de gestion des risques de santé, sécurité et bien-être au travail. In N. Dedessus-Le-Moustier & F. Douguet (Eds.), *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques* (pp. 235-249). Paris: Lavoisier.
- Marc, J., Grosjean, V., & Marsella, M. C. (2011). Dynamique cognitive et risques psychosociaux : isolement et sentiment d'isolement au travail. *Le Travail Humain*, 74(2), 107-130.
- Margulies, N., & Raia, A. P. (1972). *Organizational development: Values, process, and technology*. New York: McGraw-Hill.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht: D. Reidel.
- Midgley, G. (2006). Systemic Intervention for Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(3), 466-472.
- Mohe, M., & Seidl, D. (2009). Systemic Concepts of Intervention. In A. Buono & F. Poulflet (Eds.), *Client-Consultant Collaboration: Coping with Complexity and Change* (pp. 47-66). Greenwich: Information Age Publishing.
- Moison, J. C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1(1), 213-226.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (2005). *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Techniques and Research*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Nasse, P., & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Paris: Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité.
- Nizet, J., & Huybrechts, C. (1999). *Interventions systémiques dans les organisations. Intégration des apports de Mintzberg et de Palo Alto*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Noro, K., & Imada, A. (1991). *Participatory Ergonomics*. London: Taylor & Francis.
- Pauly, V., & Viers, J. (2008). L'apport de la sociologie à la prise en compte des risques psychosociaux dans l'entreprise. *Sociologies Pratiques*, 16(1), 25-37.
- Perez, Y. A. (2006). La théorie de l'intervention de conseil dans les organisations : une revue critique. *La Revue des Sciences de Gestion*, 219(3), 1-20.
- Pichault, F. (2006). L'intervention en organisation : une question de légitimation systémique. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 12(26), 63-96.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1984). *Order Out of Chaos: Man's New Dialogue with Nature*. New York: Bantam Books.
- Randall, R., Cox, T., & Griffiths, A. (2007). Participants' accounts of a stress management intervention. *Human Relations*, 60(8), 1181-1209.
- Raskin, J. D. (2002). Constructivism in Psychology: Personal Construct Psychology, Radical Constructivism, and Social Constructionism. *American Communication Journal*, 5(3), 1-25.
- Rhéaume, J., Maranda, M. F., Deslauriers, J. S., St-Arnaud, L., & Trudel, L. (2008). Action syndicale, démocratie et santé mentale au travail. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), 82-110.
- Schaufeli, W. B. (2004). The Future of Occupational Health Psychology. *Applied Psychology*, 53(4), 502-517.
- Schein, E. H. (1987). *Process Consultation: Lessons for Managers and Consultants* (Vol. 2). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality:

- three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 3-12.
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning*. New York: Doubleday Currency.
- Thiéart, R. A., & Forgues, B. (2006). La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations. *Revue française de gestion*, 160(1), 47-66.
- Teiger, C. (2007). De l'irruption de l'intervention dans la recherche en ergonomie. *Education Permanente*, 170(1), 35-49.
- Todnem, R. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380.
- Watzlawick, P. (1984). *The Invented Reality. Contributions to Constructivism*. New York: Norton.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics, or the Control and Communication in the Animal and the Machine*. New York: John Wiley & Sons.
- Wisner, A. (1985). *Quand voyagent les usines. Essai d'anthropologie*. Paris: Syros.
- Witzezaele, J. J., & Garcia, T. (2006). *A la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris: Seuil.
- Zijlstra, F. R. H., Roe, R. A., Leonora, A. B., & Krediet, I. (1999). Temporal factors in mental work: Effects of interrupted activities. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2), 163-185.

RESUME

Pour intervenir sur la santé et le bien-être au travail, il est souvent d'usage de recourir à des méthodes centrées diagnostic, au sein desquelles une compréhension fine de la situation précède l'action. Des auteurs soulignent néanmoins les limites de cette approche lorsqu'il s'agit de mobiliser les connaissances accumulées sur la situation de travail en vue de la transformer. Par contraste, les interventions affiliées au paradigme systémique se focalisent sur le processus de changement, sur son efficacité et sa pérennité, plutôt que sur le diagnostic des situations à changer. Dans cette perspective, cet article se propose d'aborder l'intervention en matière de bien-être au travail sous l'éclairage de ce paradigme, l'argumente théoriquement et l'illustre d'une étude de cas. L'article adopte un plan en trois parties : il commence par mettre en évidence les principes de l'approche systémique et des courants d'intervention qui en découlent. Une deuxième partie aborde les enseignements qui peuvent être tirés de cette approche, dans le cadre d'actions visant l'amélioration de la santé au travail. Enfin, une intervention conduite dans le secteur des services permet d'illustrer quelques-unes des spécificités de ce cadre, lorsqu'il s'agit de faire évoluer les modalités individuelles et collectives d'exercice du travail dans le sens d'une meilleure prise en compte du bien-être des salariés.

MOTS-CLES

Santé, bien-être, épistémologie, processus de changement, posture de l'intervenant.

REFERENCEMENTS

- Althaus, V., Grosjean, V., & Brangier, E. (2013). La centration sur le processus du changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail. *Activités*, 10(1), 127-149, <http://www.activites.org/v10n1/v10n1.pdf>

Article soumis le 23 septembre 2011, accepté pour publication le 23 décembre 2012