



HAL
open science

La recherche d'efficacité dans les actions de santé au travail. Le “ travail sur le travail ” comme alternative a la formation sur les risques psychosociaux

Yvon Miossec, S. Rouat

► To cite this version:

Yvon Miossec, S. Rouat. La recherche d'efficacité dans les actions de santé au travail. Le “ travail sur le travail ” comme alternative a la formation sur les risques psychosociaux. *Psychologie du travail et des organisations*, 2020, 26, pp.98-107. 10.1016/j.pto.2019.10.004 . hal-03489969

HAL Id: hal-03489969

<https://hal.science/hal-03489969>

Submitted on 22 Aug 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

L'INTERVENTION, ALTERNATIVE A LA FORMATION ET EXPERIMENTATION
CONCRETE DES POSSIBILITES DE TRANSFORMATION DU TRAVAIL

Auteurs : Yvon Miossec

Maître de conférences en Psychologie du travail

Équipe psychologie sociale et clinique de l'activité

CRTD/CNAM. Paris

Sabrina Rouat

Maîtresse de conférences en Psychologie du travail

Département de Psychologie sociale et du travail

(GRePS, E.A.4163)

Institut de Psychologie - Université Lyon 2

Introduction

La formation et la sensibilisation des acteurs de la santé au travail est une des formes de prévention en santé au travail. Pourtant, comme nous l'avons présenté dans une précédente publication, la formation peut éloigner les acteurs du soutien au développement des ressources sociales. Après avoir rappelé les résultats de cette recherche, nous poursuivons notre examen des « théories de l'action » qui sous-tendent la plupart des démarches dans le domaine. Ce questionnement s'alimente du constat formulé dans le Plan Santé Travail en cours qui souligne « la difficulté du passage du diagnostic à l'action ». Les cliniques du travail ont pour point commun de se démarquer de la psychologie appliquée (Lhuilier, 2013). Quel peut être leur apport pour penser les modes de transformation des organisations au profit de la santé des professionnels ? Nous proposerons des éléments de réponse à partir de la présentation d'une intervention/ recherche conduite dans la perspective de la clinique de l'activité.

I La formation sur les RPS soutient-elle l'action sur les organisations ?

I-1. La gestion du risque comme modèle des interventions en santé et la formation des acteurs comme moyen

Beaucoup d'acteurs dans les organisations sont occupés aujourd'hui par des activités qui sont liées à la santé au travail : les membres de direction, les élus du personnel, les préventeurs, les médecins, les encadrants, les responsables ressources humaines. Elle est également au centre de nombreux intérêts de chercheurs depuis plusieurs décennies. Elle est enfin devenue une préoccupation des acteurs institutionnels au point de s'accorder sur des cadres qui structurent les voies pour prévenir les risques d'atteinte à la santé au travail. Un consensus s'est fait jour selon lequel « pour bien prévenir, il faut bien connaître », en particulier par des moyens de diagnostic des facteurs de risques psychosociaux (RPS). Et il devient donc nécessaire de réunir les conditions pour que les acteurs en charge des questions de santé au travail s'engagent ensemble dans la voie de la prévention. La mise en place de programmes de « sensibilisation-formation est un des moyens pour soutenir cet engagement.

On peut rattacher ce mode d'action aux modèles qui alimentent les pratiques d'intervention en santé. La plupart d'entre eux prennent pour objet les risques et proposent des pratiques centrées sur la gestion et la réduction de ces risques. C'est le cas du modèle promu par le Health & Safety Executive (HSE)¹. Elle identifie différentes étapes nécessaires dans l'intervention : identifier les risques ; identifier qui est affecté et comment ; développer un plan d'action ; passer

¹ Autorité compétente au Royaume-Uni en matière d'inspection du travail dans les domaines de la santé et sécurité au travail.

à l'action ; évaluer les actions et les diffuser (Brun, Biron & Ivers, 2007). Et elle recommande la réalisation de formations comme condition de réussite d'une démarche de prévention. Les principales recommandations des institutions (HSE, BIT², CCHST³, CEE⁴, INRS⁵, PSMT⁶) invitent à se former et à former, ce qui du coup place la formation dans les divers protocoles et accords relatifs à la prévention des RPS. La formation constitue une condition méthodologique clé de la prévention (Biron et al., 2016 ; Roy, Bergeron et Fortier, 2004). Elle est une action répandue, notamment en amont de la démarche de prévention car « la formation vise essentiellement la prise de conscience des membres quant à l'importance de la prévention primaire » (Brun et al., p. 16) de manière à éviter que les interventions ultérieures ne soient uniquement centrées sur les capacités de l'individu à s'adapter aux exigences professionnelles. Elle est « un moyen fort, prioritaire, de sensibilisation et de diffusion de la prévention » (INRS, 2013, p. 3), et elle est pensée comme un outil intégré à la démarche de prévention, c'est-à-dire qu'on attend qu'elle vienne soutenir le travail d'élaboration des acteurs sur le changement organisationnel : « La formation vise à initier tous les acteurs de l'entreprise à la prévention des RPS en leur transmettant une base de références communes » (*Ibid.*, p. 3-6). Comme une « bonne pratique », elle permet également de développer « un langage commun » chez les acteurs (Brun & al., p. 16). Pourtant, on peut être étonnés de l'absence de littérature qui recense ces pratiques de formation et qui évalue leur impact. Biron et al. (2016), soulignent toutefois que la formation et l'information pourraient aider les gestionnaires à adopter des pratiques de gestion qui favorisent la santé. Mais, si une majorité de ces gestionnaires adoptent une nouvelle pratique après la séance d'information (pratique de communication notamment), on ne note pas de véritable changement dans leurs pratiques habituelles de gestion favorisant la santé.

Du point de vue des pratiques, la formation aux RPS (comme une étape préliminaire à la démarche de prévention primaire) peut s'apparenter à ce qu'on appelle une « sensibilisation » aux RPS. Par ailleurs, les référentiels de formation à ce sujet, qui essaient d'éclairer les acteurs sur les bonnes pratiques et qui formulent des recommandations pour guider leur action, ont pour objectifs principaux d'informer sur les RPS et d'organiser la prévention par la maîtrise des outils « labellisés » de diagnostic (DGAFP⁷, 2014) ou de permettre l'établissement de

² Bureau International du travail

³ Centre Canadien d'Hygiène et de sécurité au travail

⁴ Communauté économique européenne

⁵ Institut National de Recherche et de Sécurité

⁶ Protégeons la Santé Mentale au travail

⁷ Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

catégories de RPS, leurs effets et les facteurs associés, reconnus scientifiquement et de reconnaître une démarche de prévention agissant sur ces facteurs (INRS, 2013).

Ainsi, dans les différents guides et recommandations consultés, nous retrouvons l'idée forte qu'il faut préparer, par l'apport de connaissances diverses, les acteurs pour qu'ils puissent construire leur action sur la santé au travail. Mais ces actions, qui occupent de plus en plus les acteurs organisationnels, influencées d'ailleurs par des évolutions réglementaires, ne les conduit pourtant pas moins à faire appel à des consultants lors de situation de crise (Combalbert, Favard & Bardouil-Lemaire, 2008, p.132). On est donc en mesure de se questionner sur l'efficacité de ces actions et leur capacité à équiper les acteurs dans l'organisation.

I-2. Des résultats étonnants : la formation semble éloigner les acteurs de la promotion des ressources psychosociales

Dans une précédente recherche (Rouat & Miossec, sous presse), nous avons étudié la capacité d'une action de formation à la prévention des RPS à orienter les acteurs de la santé au travail vers des actions tournées vers le développement des ressources psychosociales pour l'activité dans la mise en œuvre de leur projet de prévention. Une question nous animait : préalablement formés aux RPS, les acteurs engagés dans une démarche de prévention favorisent-ils davantage le développement des ressources psychosociales quand ils établissent un plan d'action de prévention suite au diagnostic ? Nous avons évalué pour cela plusieurs plans d'action, lesquels définissent des préconisations ou des axes de changement suite à un diagnostic de RPS. Ainsi, dans le travail d'analyse des plans d'action suite à diagnostic de RPS, nous nous sommes intéressés à repérer les actions favorables aux interactions sociales et au déploiement de l'activité et du pouvoir d'agir (soutien, marges de manœuvre, régulations collectives, coopération, situations de confrontation sur le travail, activité collective). Nous avons aussi regardé si les démarches de prévention engagées offrent la possibilité à ceux qui travaillent à d'élaborer des règles de travail nouvelles et d'enrichir la conflictualité sur la qualité du travail, qui sont les modalités de transformation que nous-mêmes visons dans l'intervention. De même, nous avons regardé si elles cherchent à impulser ou même à instituer des débats sur le travail et sur les différentes manières de le réaliser. Nous avons particulièrement porté notre regard sur les actions qui font référence à la dimension collective dans la détermination de préconisations d'un plan d'action de prévention des RPS.

Notre échantillon comporte des entreprises ayant des demandes de formation primaire, demandes que nous interprétons comme significatives d'une volonté de s'occuper de santé au travail au-delà des strictes obligations. L'analyse de 14 plans d'action et la comparaison entre

plans d'action accompagnés de formation des acteurs et plans d'action sans formation révèlent des résultats étonnants⁸. Elles révèlent premièrement une tendance plus forte à élaborer des préconisations visant à modifier l'organisation du travail dans les situations dans lesquelles il n'y a pas de formation des acteurs. Deuxièmement, on constate que les préconisations élaborées sur les ressources psychosociales se retrouvent davantage dans les situations de non formation. L'approche des RPS n'est pas la même selon les types d'intervention en question. En l'absence de formation, les acteurs mettent davantage l'accent sur le niveau collectif alors que les préconisations en situation avec formation portent davantage sur des mesures individuelles à mettre en œuvre. A partir de cet échantillon, on constate donc une tendance qu'on regarde comme un paradoxe. C'est dans les situations dans lesquelles il n'y a pas de formation en amont de la démarche de prévention primaire qu'on retrouve le plus de préconisations orientées vers le développement des ressources psychosociales. La mise en œuvre de formation efficace ne semble pas avoir d'impact sur la décision des acteurs de favoriser le développement des ressources psychosociales. De ce fait, les formations ne semblent pas efficaces pour construire les ressources psychosociales favorables à la santé. De plus, elles ne semblent pas soutenir l'élaboration de préconisations sur l'organisation du travail. Sans pouvoir affirmer que ce constat vaut pour toutes les formations sur les RPS, on relève ici qu'elles ne parviennent pas à nourrir efficacement une sensibilisation à la dimension collective des questions de santé au travail quand elles cherchent à sensibiliser les acteurs (en améliorant leur connaissance sur le stress, le burn out, les violences au travail et les outils de détection, de traitement et de diagnostic). Elles semblent au contraire davantage centrer les acteurs sur le trouble et sur l'individu. Mais ce paradoxe ouvre néanmoins vers d'autres questionnements sur les liens de compatibilité entre les modèles d'intervention axés sur les risques à éviter et ceux axés sur la construction de la santé au travail.

On peut donc faire l'hypothèse qu'elle ne favorise pas l'émergence chez les acteurs de décisions visant à modifier l'organisation du travail et à renforcer les ressources psychosociales des individus et des collectifs de travail. Comment, finalement, considérer autrement les liens entre connaissance et action ?

II Le « travail sur le travail » comme voie alternative pour construire des conditions de santé au travail

⁸ Pour plus de détails cf. Rouat & Miossec, sous presse

II-1 Informer, former ou organiser une expérience ?

Les résultats que nous venons de présenter rejoignent le constat formulé dans le Plan santé travail : « les acteurs de l'entreprise, en dépit des outils développés et des formations dispensées, éprouvent des difficultés à passer du diagnostic à l'action » (Ministère du travail, 2015, p.21). Si nos résultats sont confirmés, on pourra avancer que la formation-sensibilisation peut détourner les acteurs de la mise en œuvre d'actions qui favorisent le développement du pouvoir d'agir comme ressource de santé. Plusieurs hypothèses permettent d'éclairer l'origine des problèmes d'efficacité de ce type de programmes. Elle viendrait notamment du fait que les programmes, avec ou sans formation des acteurs, accordent un trop grand crédit à la puissance transformatrice de la diffusion des connaissances scientifiques. De plus, la centration sur les risques⁹ a pour effet une sous-exploration des possibilités de transformation de l'organisation. On avancera dans cet article que les interventions centrées sur le développement des ressources psychosociales et qui vise l'accroissement du pouvoir d'agir explorent des formes d'action porteuses de plus d'efficacité. Nous allons préciser l'objet de ces interventions, leurs méthodes et les protagonistes qu'elles mobilisent. L'intervention porte non pas sur les risques psychosociaux mais sur les variations du pouvoir d'agir. Dans notre perspective, le rapport actif au milieu est en effet un facteur de santé. Ce rapport actif est à distinguer de la simple adaptation à une organisation et à des situations auxquelles on ne peut rien changer. Si « l'individu cherche à s'adapter à ses milieux [...] il cherche aussi à s'y construire et à les transformer, non sans difficulté et incertitude, par des choix, des décisions et des actes qui qualifient ses capacités d'invention et sa « singularité dans l'univers des semblables » (selon l'expression de Zazzo) » (Baubion-Broye, Dupuis et Hajjar, (2004, p.360). Au travail, il y parvient plus ou moins, et son « débat » avec le milieu (Canguilhem, 1999, p.131), son mouvement d'adaptation de ce milieu, la satisfaction de ses besoins propres, le fait de parvenir à faire vivre ce qui compte pour lui contribuent ou entravent la construction du travail comme source de santé. Ce mouvement d'appropriation, d'instauration créative dans les rapports avec le milieu (Amado, Bouilloud, Lhuilier, & Ulmann, 2017) se réalisent par la prise d'initiatives, par l'exercice de la responsabilité professionnelle à partir de l'expérience. Au plan de la méthode, la visée transformatrice n'emprunte pas d'abord les voies de la transmission de connaissances ou de la formation des acteurs (par exemple sur le pouvoir d'agir) mais celles de l'expérience d'un « travail sur le travail ». C'est l'expérience de « travail sur le travail » faite par les acteurs qui

⁹ La « non centration » sur le travail et son organisation est un effet de la division technique et sociale du travail, qui dans les politiques et les organigrammes sépare les questions de travail des questions de santé et constitue ces dernières comme problématiques RH.

est source de connaissances, y compris pour eux-mêmes, sur ce qui favorise ou empêche la transformation des organisations. Là encore, c'est une position active qui est visée. Ils ne sont pas seulement objets ou destinataires de connaissances mais aussi producteurs de connaissances. Telle que nous la concevons, l'intervention doit élargir le cercle des protagonistes. Le dispositif n'implique pas seulement les acteurs de la santé mais elle implique d'abord les acteurs du travail. Il attribue une place centrale aux collectifs de travail sans l'action desquels il n'est pas possible d'envisager une transformation durable (Clot, 2008 p.102). Enfin, il mise sur la « vertu mutative du dialogue » (Clot, 2013, p.113) quand il permet aux participants de « découvrir des choses auxquelles personne n'aurait d'abord pensé, surtout seul. » (*ibid.* p.115). L'intervention organise une analyse dialogique transformatrice d'abord entre professionnels de terrain, puis entre ces professionnels, les concepteurs et les managers. Simultanément, des dialogues sont organisés entre les « situations de travail », la direction et les organisations syndicales. Ainsi, les méthodes de co analyse de l'activité et de dialogue sur le travail sont mobilisées pour « seconder les collectifs dans leurs efforts pour redéployer leur pouvoir d'agir » (Clot, 2008, p.102). Elles visent à « favoriser la (re) construction de nouveaux possibles ou la (re) découverte de possibilités « oubliées » ou « empêchées » (Almudever, Le Blanc & Hajjar, p. 184), ressources psychosociales nouvelles au profit de la santé.

II-2 La structure du dispositif d'intervention

Le dispositif d'intervention exposé ici compte quatre instances en interrelations qu'on va présenter à partir des fonctions qu'elles remplissent. La Direction générale est en position de décideur. C'est elle qui, après négociation, accepte le principe de ce type d'intervention. Le Comité de pilotage, deuxième instance du dispositif, réunit la Direction générale, les organisations syndicales (secrétaires généraux et élus siégeant au chsct) et l'équipe d'intervenants chercheurs. Il est destinataire des analyses et des pistes de solution élaborées. Le paritarisme dans le comité agit comme une force incitatrice qui pousse les processus de décision par la direction générale. Le groupe homogène d'analyse de l'activité entre pairs (Oddone, Re & Briante) est la troisième instance. Il ne travaille pas d'abord à fournir des données pour les intervenants/ chercheurs et le comité de pilotage mais est conçu pour que les professionnels élaborent leur activité. Dans l'institution, on parle de « travail sur le travail » car c'est une expression qui parle à tous. La redécouverte et la mise en débat de leur activité est tout autant une activité de reconnaissance de leur expertise face aux épreuves du métier qu'une activité de

re conception de cette expertise¹⁰. C'est ce « travail sur le travail » mais aussi l'engagement des professionnels, leur ingéniosité et leur intelligence à compenser les défauts de l'organisation qui sont ensuite exposés et discutés dans le comité de pilotage. Le dispositif compte une quatrième instance appelé Groupe technique de délibération sur la qualité du travail. Ce groupe de travail se constitue au cours de l'intervention. C'est une instance de conception de réponses aux nombreuses dimensions du travail sur lesquels les groupes de pairs « n'ont pas la main »¹¹. Le Groupe technique convoque et confronte l'expertise des professionnels de première ligne, celle des concepteurs et des managers. Il examine des situations de travail sélectionnés par les professionnels de terrain et cherche, par confrontation de points de vue dissymétrique, des solutions aux problèmes rencontrés dans l'activité.

II-3 « Le travail sur le travail » entre pairs

L'analyse de l'activité par les professionnels est la force motrice de l'intervention. L'activité n'étant transparente, ni pour celui qui cherche à la connaître de l'extérieur, ni pour celui qui la réalise, l'intervention vise donc d'abord à constituer l'activité en objet de discours et de réflexion. La méthode retenue ici est celle de l'instruction au sosie (Clot, 2001 ; Miossec, 2017). On sait par Vygotski que le passage de l'expérience du travail à un discours sur ce qu'ils font, comment ils le font et pourquoi ils le font libèrent les professionnels, au moins en pensée, des contraintes directes que la situation concrète exerce sur eux. L'instauration d'une prise de distance porte à la fois sur la situation (dans quelle situation je me trouve ?) et sur l'activité (qu'est-ce que je fais ?). L'analyse étant systématiquement réalisée en collectif, la mise en mots de l'activité doit être sécurisé car « les façons de faire, [notamment] face à l'inattendu [...] mettent en jeu des caractéristiques très personnelles, dans la mesure aussi où la perspective de l'échec mobilise la culpabilité » (Davezies, 1993, p.40). Il s'agit donc pour nous de faire vivre un cadre qui soutienne l'engagement tout en garantissant la sécurité. La participation volontaire, le travail comme seul objet, le « crédit » accordé à l'expérience de chacun, à ses raisons et manières d'agir ou de ne pas agir contribuent à l'installation de ce travail d'élaboration. La mise en partage permet au professionnel de réaliser qu'il y a plusieurs manières de réaliser cette même tâche¹² en même temps que la confrontation à la différence permet d'apercevoir ses manières personnelles de travailler. Re connues, ces façons de faire sont aussi évaluées,

¹⁰ Ce point est développé dans la suite de l'article

¹¹ L'intervention vise à la fois à accroître les dimensions du travail sur lesquelles les professionnels ont la main (source de développement d'autonomie et de santé) sans « prendre sur eux » les impasses dans lesquels peuvent conduire les dysfonctionnements sur lesquels ils ne peuvent rien.

¹²

débatues dans l'esprit constructif qui permet que la comparaison sociale soit une ressource pour le développement de l'activité de chacun. Le dialogue entre pairs n'est jamais disjoint des enjeux pratiques d'action au quotidien. Parce que l'élaboration rejoint leurs préoccupations concrètes, les professionnels s'essayent ensuite en situation à des manières d'agir plus efficaces. Le travail collectif devient ainsi instrument potentiel de ré organisation de l'activité au plan individuel. Parce ce qu'elle peut jouer sur le sens et sur l'efficience de l'action, cette restructuration soutient le développement du pouvoir d'agir. Il est important que les intervenants mettent en lumière la fonction du travail collectif sur le pouvoir d'agir quand ils s'adressent au comité de pilotage. Comme l'identification de cette ressource de santé conduit parfois les décideurs à se défaire de leur responsabilité en matière d'organisation du travail, il est tout aussi important d'en signaler les limites. En effet, si le travail collectif permet la re création des rapports à la tâche, il est sans pouvoir sur le « devoir-faire » matérialisé par cette même tâche (les procédures écrites, règles à suivre, objectifs à atteindre). D'où la mise en oeuvre de la quatrième instance qui vise cette fois à équiper l'institution d'une expérience d'examen simultané du travail réel et du travail prescrit. C'est l'accroissement du pouvoir d'agir des professionnels sur l'organisation et les règles qui est alors visé.

III Révéler un risque caché et agir pour changer les règles : une expérience favorable à la santé au travail

III-1 L'intervention comme révélateur de risques cachés

La visée du « travail sur le travail » entre pairs est de soutenir l'inventaire/réinvention de ripostes favorables à la santé. Cette focalisation sur « la positivité du travail au regard de la construction de la santé et de l'identité ne doit pas nous aveugler sur ses aspects délétères » (Molinier, 2002, p.106). Pour faire ce qui est à faire, les professionnels peuvent être conduits à développer des manières d'agir qui ne relèvent ni de l'astuce, ni de l'intelligence rusée mais de la transgression. Une intervention sur le métier d'ingénieur pédagogique dans un organisme de formation nous sert ici d'exemple. Une des tâches principales de ces ingénieurs de formation consiste à faire travailler des formateurs vacataires. Ils doivent le faire dans un contexte de durcissement des règles et des contrôles conduits par une direction confrontée à une exigence de réduction des coûts. Une nouvelle règle a consisté à transformer un plafond annuel de 720 heures par formateur vacataire en un plafonnement mensuel de 72 heures. Cette nouvelle règle, avec d'autres, restreint les souplesses dont les ingénieurs disposaient pour trouver des

formateurs. De plus, elle nécessite de disposer d'un réseau de formateurs que tous ne possèdent pas. C'est ainsi que certains en viennent à faire travailler les formateurs plus de 72 heures par mois. Pour y parvenir, ils contournent les « verrous informatiques » installés pour bloquer toute la procédure d'embauche en cas de dépassement du plafond, ils établissent de faux ordres de mission, de fausses fiches de frais de déplacement, qu'ils font signer par la chaîne hiérarchique qui ignore tout de ces pratiques¹³. Cette double comptabilité à laquelle ils doivent associer « leurs » formateurs constitue du travail en plus. Elle est source de peur (de l'accident de trajet du formateur, de la découverte par la hiérarchie) et elle alimente les sentiments de culpabilité. La diminution du pouvoir d'agir peut alors se dégrader en risque psychosocial (par diminution de l'autonomie et augmentation de la charge cognitive et psychique du travail). Le plus souvent vécue, au moins partiellement, comme le fruit d'une insuffisance personnelle, la difficulté est dissimulée à la hiérarchie (et donc à l'organisation) mais aussi aux collègues. Les professionnels répugnent à l'aborder spontanément dans le cadre de l'intervention. Une fois la confiance installée, elle pourra pourtant être exposée devant les pairs, requalifiée et travaillée comme problème de métier. Les ingénieurs travailleront notamment au partage et à la conception d'astuces pour recruter de nouveaux formateurs. Mais il apparaîtra que c'est l'ensemble des ingénieurs de l'institution qui doit composer avec une injonction contradictoire : devoir élargir son réseau de formateurs en même temps que les moyens dont ils disposent pour atteindre ce but sont en diminution. Par la suite, l'intervention se focalisera sur le travail de cette règle dans l'institution.

III-2 Une organisation qui s'est dotée d'un outil pour faire remonter les problèmes

L'intérêt de l'exemple mobilisé ici tient à ce qu'il est tiré d'une intervention dans une organisation du travail qui cultive le projet de réduire l'écart entre travail prescrit et travail réel. Nous avons pu accéder aux informations qui suivent après avoir proposé en Comité de pilotage d'engager un travail avec ceux qui ont rédigé les nouvelles règles. La direction en ayant accepté le principe, nous nous sommes tournés vers les trois directions (Formation, Ressources humaines, Juridique) qui les ont rédigées. Dans le but de réduire l'écart entre le siège et le terrain, ces prescripteurs ont assorti cette instruction d'une Foire aux Questions (F.A.Q.). Ainsi, les trois directeurs et leurs équipes se réunissent tous les mois pour traiter les « remontées du terrain ». L'observation de ces réunions et le travail avec les directeurs vont révéler d'une part que la F.A.Q. est essentiellement utilisée pour informer les concepteurs des cas particuliers non

¹³ En cas d'accident, elle serait sanctionnée comme faute professionnelle.

prévus par la règle. D'autre part, il apparaîtra que les questions n'émanent pas des ingénieurs qui sont pourtant les principaux concernés et impactés, mais de leur hiérarchie. Cette absence de relation directe avec les ingénieurs n'empêche pas les concepteurs de considérer, vraisemblablement de bonne foi, que la F.A.Q. rapproche conception et exécution. On ne trouve évidemment aucune trace des transgressions à la règle dans les remontées du terrain via la F.A.Q. On ne trouve pas non plus de traces de l'activité réelle des ingénieurs aux prises avec ces nouvelles règles. En fait, et malgré l'intention affichée de ses auteurs, ce dispositif reste tourné vers la tâche et non vers l'activité. L'installation du Groupe technique de délibération sur la qualité du travail va installer un travail sur les règles entre ceux qui les conçoivent, ceux qui doivent les appliquer et ceux qui les font appliquer.

III-3 « Le travail sur le travail » entre professionnels de première ligne, concepteurs et managers

L'intervention expérimente alors, sur des problèmes strictement délimités, les possibilités de réduire de manière effective l'écart entre travail prescrit et travail réel. Les compromis qui ont conduit à la production de la tâche (Clot, 1999) sont questionnés. Les intervenants chercheurs doivent alors soutenir l'activité de l'ensemble des participants du Groupe technique. Le dispositif les invite en effet à se départir, ce qui ne va pas de soi, des positions connues et convenues dictées par la division du travail (Miossec et Simonet, sous presse). Les capacités d'analyse minutieuses des situations de travail auxquels les ingénieurs se sont formés¹⁴ au sein du groupe de pairs sont désormais mobilisées pour examiner la règle des 72 heures. Le dispositif soutient l'engagement des ingénieurs (le problème est sérieux et doit être discuté) tout en le sécurisant (anonymisation des situations). Dans un premier temps, le Groupe technique ne parvient pas à imaginer la moindre solution, chaque collectif (ingénieurs, concepteurs, managers) développant des positions adéquates à ses prérogatives dans l'organisation. Ainsi, les concepteurs et les managers suggèrent aux ingénieurs ce qu'ils auraient pu/dû faire : anticiper le problème, annuler la formation, alerter la hiérarchie et chercher une solution avec elle. Pour les ingénieurs, ce n'est pas une solution car ils connaissent d'expérience les coûts d'une telle annulation (temps perdu, impact sur la relation avec les clients, formation à l'équilibre fragile à réorganiser). Eux aussi mobilisent dans le dialogue des arguments attendus et convenus. Ils s'adressent aux concepteurs « en accusant le caractère impossible » de la règle

¹⁴ On ne peut pas développer ce point ici mais l'intervention peut aussi être regardée comme une formation.

qu'ils ont conçue. Les ingénieurs s'adressent aux concepteurs et managers (dans une logique de remontée de problèmes) et leur demandent de trouver une solution, quand pour ces derniers la règle est intouchable car elle a fait l'objet d'une décision du Conseil d'Administration. La position des intervenants dans le dispositif est de prendre acte de l'impasse de la confrontation dialogique des points de vue et d'assumer une position de « garant » du problème à travailler. Il s'agit ensuite de le faire circuler dans l'institution toujours de manière « sécurisée ». Un comité de pilotage y sera consacré. Après des échanges vifs entre direction et syndicats, la direction demande au Groupe technique de poursuivre le travail en vue de trouver une solution aux problèmes qui donnent lieu à des transgressions de la règle. Pour reprendre le dialogue dans le Groupe technique, les ingénieurs établissent une liste de huit propositions allant de la suppression du plafond annuel des 720 heures à la construction d'autres modalités de prise en compte du travail des formateurs que le comptage horaire. Les intervenants veillent à ce que le Groupe fasse patiemment le tour de chacune d'elles à partir des contraintes et des possibilités de chaque métier (ingénieurs, concepteurs et managers). Ainsi, la recherche d'une solution nécessite que les professionnels suspendent provisoirement leurs préoccupations immédiates (faire respecter les règles, faire face au quotidien malgré des règles jugées « impossibles ») et se déplacent sur la position des autres métiers. La multiplication des angles de vue sur la situation de travail permet alors à chaque « sous-groupe » d'enrichir son propre point de vue. Les ingénieurs intégreront à leur point de vue la nécessité de maintenir la limite des 720 heures annuelles. De leur côté, les concepteurs admettront que la méthode de calcul rudimentaire qui a été utilisée tourne le dos au réel du monde de la formation et son caractère saisonnier. Il apparaîtra que le plafond mensuel, qui ne répond à aucune obligation légale, entrave inutilement l'activité des ingénieurs. La confrontation des points de vue permettra d'imaginer une règle qui est aussi un compromis : décliner le plafond annuel non plus sur une fréquence mensuelle (10 fois un mois) mais sur une fréquence pluri mensuelle. Le directeur juridique verra même un avantage à ce nouveau plafond qui, le cas échéant, montrerait au juge le caractère discontinu des activités de formation, justifiant par la même le recours à des vacataires. Le travail commun mettra également en lumière la nécessité de doter les ingénieurs de moyens supplémentaires (formation, travail collectif) pour qu'ils élargissent leur « vivier » de formateurs. Ainsi, le Groupe technique a conçu une règle qui répond à la fois aux préoccupations des ingénieurs (elle tient davantage compte du réel) des concepteurs et des managers (protéger l'établissement et mettre en œuvre la politique d'élargissement du réseau de formateurs). La solution conçue par le Groupe technique sera ensuite adressée à la direction qui prendra la décision de transformer le plafond mensuel en un plafond trimestriel de 240 heures.

III-4 Une expérience favorable à la santé

Le dispositif organise une expérience de « travail sur le travail » qui porte d'abord sur l'activité puis sur la tâche. Cette expérience est à la fois vécue et réfléchie. Les ingénieurs ont d'abord éprouvé le caractère vitalisant et créatif du travail collectif sur et à partir de l'analyse des détails de l'activité ordinaire. Leur participation au dispositif leur a ensuite fait vivre une possibilité qu'ils n'imaginaient pas : affecter la tâche par leur initiative. Ils ont agi sur l'organisation, non pas en faisant remonter un problème à des spécialistes qui auraient conçu et décidé d'une solution, mais en participant à la fabrication de la solution¹⁵. Dans les deux cas, ils ont joué un rôle actif. En élargissant leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes quand ils utilisent le travail collectif pour reconcevoir leur activité et en expérimentant un pouvoir d'agir inédit sur l'organisation, ils font une expérience favorable à la santé. Réfléchie, l'expérience acquiert dans l'activité de chacun et dans l'institution un statut de connaissance. Elle porte sur les possibilités d'un dialogue constructif sur le travail. Les possibilités ne sont pas seulement recommandées mais expérimentées, ce qui leur donne un statut « d'expérience vécue » qui peut devenir un moyen de faire de nouvelles expériences. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette expérimentation sociale. Dans cet article, on voudrait surtout retenir le fait qu'elle met en lumière les limites des dispositifs du type « remontée des problèmes ». Ici, on voit qu'un risque caché échappe complètement à la Foire aux questions. Par ailleurs, cette logique reproduit, parfois malgré les apparences, la division stricte entre conception et exécution. Ce faisant, elle prive l'organisation du travail des capacités des professionnels de terrain à mobiliser leur expérience concrète pour participer au processus d'élaboration de solutions. Elle prive également ces professionnels de la possibilité de faire valoir leur sens des responsabilités dans une autre position que celle d'exécutants. Dans cette institution, c'est le Groupe technique de délibération sur la qualité du travail comme instance qui a soutenu la mobilisation responsable et créative des sujets. Dans d'autres institutions, ces mêmes buts sont poursuivis par l'instauration durable d'une fonction de référent-métier dont la légitimité est assurée grâce à une élection par les pairs (Bonfond, 2017 ; Bonnemain, 2019 ; Zittoun et Larchevêque, 2018). Pour reprendre la métaphore de la remontée verticale des problèmes, on peut regarder le dialogue sur la qualité du travail que l'intervenant organise comme modalité horizontale d'instruction d'un problème circonscrit par examen d'une même situation à partir de plusieurs points de vue. L'expérience faite par les acteurs est centrale pour que s'initie une culture de la

¹⁵ Dans le dispositif, la solution doit ensuite être testée et revue si nécessaire.

santé au travail qui prenne le travail pour objet. On ne développe pas ce point ici mais le dialogue sur la qualité du travail, s'il est un facteur de santé pour les sujets, est aussi un facteur de performance pour l'organisation (Bonnefond, 2017).

Conclusion

On regarde l'intervention en santé au travail qu'on a présenté comme une des voies qui permet de franchir l'obstacle du passage du diagnostic à l'action. L'action n'y est pas différée comme c'est le cas dans les programmes construits avec une séquentialité « diagnostic des risques » formation des acteurs puis action. Les protagonistes de l'intervention expérimentent des modalités de « travail sur le travail » envisagés comme moyens d'élargir le pouvoir d'agir des professionnels sur leur milieu et sur eux-mêmes. Ils peuvent ensuite disposer des connaissances tirées de cette expérience. La direction peut construire un plan d'action qui soutient le développement des ressources psychosociales dont nous indiquions en début de chapitre qu'il constituait de notre point de vue le moyen principal de faire reculer les risques psychosociaux. Elle peut prendre des initiatives qui favorisent l'activité des professionnels de première ligne et veiller au développement des ressources collectives et organisationnelles utiles à chacun. Les salariés peuvent y jouer un rôle plus actif que celui qui leur est habituellement dévolu et faire l'expérience qu'ils sont « plus grands que leur tâche », pour parler comme Georges Friedmann. Le Groupe technique de délibération sur la qualité du travail par institution du conflit de points de vue sur l'activité ordinaire entre professionnels de première ligne, concepteurs, managers mais aussi direction et syndicats reste une instance « expérimentale ». Nous avons commencé d'identifier les composantes favorables mais aussi les facteurs d'empêchement du dialogue contradictoire entre les métiers. C'est dans ce sens qu'il faut poursuivre la « formalis[ation] [d]es conditions du développement du pouvoir d'agir dans les cadres dialogiques que nous mettons en place en tant qu'intervenants » (Kostulki, 2010, p.36). Un point reste toujours fragile : celui du maintien du « tranchant » des dialogues sur le travail quand l'organisation prend le relais d'intervenants qui agissait avec une position d'extériorité. De manière plus générale, la recherche en santé au travail doit, de notre point, poursuivre son travail de production de connaissances sur la transformation des situations de travail, ses modalités concrètes, la part d'initiative qui revient à chacun, les processus psychosociaux. Elle doit aussi continuer de préciser les contours du rôle actif que peuvent jouer les psychologues du travail et des organisations.

Conflits d'intérêts : aucun

Bibliographie

- Almudever, B., Le Blanc, A., & Hajjar, V. (2015). Construction du sens du travail et processus de personnalisation : l'étude du transfert d'acquis d'expériences et des dynamiques de projet. In A. Baubion-Broye, R. Dupuy, & Y. Prêteur. *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu*. Toulouse : Érès.
- Amado, G., Bouilloud, J.P., Lhuillier, D., & Ulmann, A.-L. (2017). *La créativité au travail*. Toulouse : Eres.
- Baubion-Broye, A., Dupuy R., & Hajjar V. (2004). Socialisation organisationnelle et transformation des identités. In E. Brangier, A. Lancry, & C. Lemoine (Eds.), *Les dimensions humaines du travail : Théorie et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 359-387). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M-E, Chabot, S., Lefebvre, R., Ivers, H., Vézina, M., Fournier, P-S, Gilbert-Ouimet, M. & Brisson, C. (2016) Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires, *Etudes et recherches, Rapport R-921, IRSST, Bibliothèque et Archives nationales du Québec*, 104 p.
- Bonnefond, J.-Y. (2017). Intervention et développement organisationnel en clinique de l'activité. Le cas du dispositif « DQT » à l'usine Renault de Flins. *Activités*, 14-2.
- Bonnemain, A. (2019). Affect et comparaison dans le dialogue en autoconfrontation. *Activités*, 16-1.
- 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). Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2001). Méthodologie en clinique de l'activité. L'exemple du sosie. In M. Santiago Delefosse & G. Rouan (Eds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie* (pp. 125-147). Paris: Dunod.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2013). « Le dialogue a une vertu mutative », les apports de la clinique de l'activité. *Négociations*, 19, 113-125

- Combalbert, N., Favard, A.M. & Bardouil-Lemaire, N. (2008). Évolution de l'offre de service en matière d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux au travail. *Santé Publique, 20*, 129-136.
- Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation permanente, 116*, 33-46.
- Friedmann, G. (1964). *Le travail en miettes*. Paris : Gallimard.
- INRS & Assurance Maladie (2013). Dispositif de formation « s'initier à la prévention des RPS » (21 p.) : www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/document-referance-rps/document-referance-rps.pdf
- Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ? In Y. Clot & D. Lhuilier (Eds.), *Agir en clinique du travail* (pp. 27-38). Toulouse : Érès.
- Lhuilier, D. (2013) Introduction à la psychosociologie du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie, 15*, 11-30.
- Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social (2015). *Plan Santé au travail 2016-2020*. En ligne, <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>, consulté le 21 mai 2016.
- Miossec, Y. (2017). Donner des consignes à un sosie et adopter un autre regard sur les possibilités de développement des manières d'agir au travail. Éléments de réflexion à partir d'une intervention en santé au travail, *Horizontes, 35*, 38-57.
- Miossec, Y., & Simonet, P. (sous presse). « Le travail sur le travail » pour agir en santé au travail. In J.-L. Bernaud, P. Desrumaux, & C. Jeoffrion (Eds.) *Dix études de cas en psychologie du travail*. Paris : Dunod.
- Molinier, P. (2002). Le continent noir de la féminité : sexualité et/ou travail ? *Cliniques méditerranéennes, 66*, 105-123.
- Oddone, I., Re, A., & Briante, G. (2015). *Redécouvrir l'expérience du travail*. Paris : Les éditions sociales.
- Rouat, S., & Miossec, Y. (sous presse). L'utilité de la formation dans la prévention des risques psychosociaux au travail. Les effets d'une formation aux RPS sur le développement des ressources psychosociales. *Pistes*.
- Roy, M., Bergeron, S., & Fortier, L. (2004). Développement d'instruments de mesure de performance en santé et sécurité du travail à l'intention des entreprises manufacturières organisées en équipes semi-autonomes de travail. Rapport de recherche R-357 IRSST.
- Zittoun, M., & Larchevêque, D. (2018). Une expérimentation sociale en clinique de l'activité. *Rhizome, 67*, 82-92.