



HAL
open science

Expertise et post-expertise en risques psychosociaux au travail - Quelle appropriation suite au départ de l'expert ?

Tarik Chakor

► To cite this version:

Tarik Chakor. Expertise et post-expertise en risques psychosociaux au travail - Quelle appropriation suite au départ de l'expert?. *Revue Française de Gestion*, 2020, 46 (287), pp.13-33. 10.3166/rfg.2020.00416 . hal-03974799

HAL Id: hal-03974799

<https://hal.science/hal-03974799v1>

Submitted on 6 Feb 2023

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.

Tarik CHAKOR
Maître de conférences en sciences de gestion
IREGE EA 2426 - Université Savoie Mont Blanc

EXPERTISE ET POST-EXPERTISE EN RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL : QUELLE APPROPRIATION SUITE AU DEPART DE L'EXPERT ?

(Version n-1 de l'article publié dans la Revue Française de Gestion)

Résumé

Nous avons réalisé une étude de cas exploratoire longitudinale de deux ans au sein d'une clinique de soins, portant sur le contenu d'une expertise « risques psychosociaux » et la phase de post-expertise. L'objectif est d'analyser son appropriation, ou non-appropriation, par les acteurs de la clinique suite au départ de l'expert. En nous appuyant sur la sociologie de la traduction et sur une méthodologie qualitative, nous avons mis en évidence trois phases : la problématisation des RPS et les préconisations de l'expert ; la mise en marche de la prévention et son « renversement stratégique » ; la mise en arrêt de la prévention et sa « traduction empêchée ». Ainsi, bien que l'expert ait souligné l'importance des facteurs managériaux et organisationnels dans l'exposition des salariés aux RPS, la Direction a favorisé une bifurcation stratégique du processus de prévention, remettant en cause *a minima* le management et l'organisation et individualisant l'origine des RPS. Cette étude doit ainsi permettre de mettre en discussion la question de l'appropriation stratégique des outils et dispositifs gestionnaires en management de la santé au travail.

Mots-clés : RPS ; Prévention ; Santé au travail ; Expertise ; Traduction

Summary

We conducted an exploratory and longitudinal two years case study in a private clinic, on a psychosocial risks expertise and post-expertise. This research aims to analyze the expertise appropriation, or non-appropriation, by clinic actors, after expert left. Based on actor-network theory and qualitative methodology, we identified three phases : psychosocial risks problematization and expert recommendations ; prevention start up and « strategic reversal » ; prevention shutdown and « prevented traduction ». Even if expert underlines the role of organizational factors in psychosocial exposure of workers, board promotes a strategic bifurcation of prevention process, minimizing the management responsibility and individualizing psychosocial risks source. This research aims to discuss the question of tools and devices strategic appropriation in health at work management.

Key-words : PSR ; Prevention ; Occupational health ; Expertise ; Traduction

Introduction

Apparu dans la seconde partie des années 2000, le concept de risques psychosociaux (RPS) représente un enjeu économique croissant pour les entreprises (coûts liés à l'absentéisme, au *turnover*, à la désorganisation et à la dégradation de l'image) et un objet de recherche majeur pour les sciences sociales, dont les sciences de gestion (Chakor *et al.*, 2015 ; Edey-Gamassou *et al.*, 2018). Fruits de l'intensification du travail et de la complexification des organisations, vecteurs d'augmentation des contraintes et la dimension prescrite du travail (Clot, 2010 ; Zawieja et Guarneri, 2014), les RPS sont « *définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Gollac et Bodier, 2011, p.31). Ce flou conceptuel favorise l'apparition d'un champ stratégique et politique, entre approche restrictive individualisante et approche élargie organisationnelle, tension décisive dans l'appréhension des pratiques d'acteurs en prévention et gestion des RPS (Chakor, 2015).

Le présent article traite du contenu d'une expertise « risques psychosociaux », réalisée par un consultant en gestion des RPS, et de son appropriation, ou non-appropriation, par les acteurs d'une clinique de soins, suite au départ de l'expert. Notre première partie s'intéressera au système d'acteurs mobilisé durant la gestion des RPS, champ de recherche encore peu exploré. La seconde partie nous permettra de présenter le cadre théorique retenu, en l'occurrence la sociologie de la traduction. La troisième partie exposera les résultats de notre étude de cas exploratoire qualitative et longitudinale, soulignant la réappropriation stratégique du contenu du rapport d'expertise par la Direction suite au départ du consultant et sa traduction empêchée. Enfin, la quatrième partie permettra de mettre en discussion la question de l'appropriation des outils et dispositifs gestionnaires en management de la santé au travail.

1. Le système d'acteurs au sein de la gestion des risques psychosociaux au travail : un champ de recherche peu exploré

1.1. Les risques psychosociaux au travail : un phénomène flou propice au développement de stratégies d'acteurs

Les RPS sont placés au cœur d'une tension historique entre approche restrictive et approche élargie (Mias, 2010 ; Chakor, 2013 et 2015). L'approche restrictive défend l'idée d'un risque toxicologique auquel sont exposés les travailleurs, l'accident étant la réalisation individuelle d'un risque patent, inéluctable et inséparable de l'activité de travail. Cette vision induit une responsabilité sans faute de l'employeur (Davezies, 2003), considéré comme « *responsable mais non comptable* » (Cottureau, 2002, p. 1556), et une logique de réparation des victimes du travail. À l'opposé, l'approche élargie appréhende ces risques à partir de l'organisation et des conditions de travail, étendant le champ de responsabilité de l'employeur et défendant une logique de prévention. Le flou conceptuel autour des RPS accroît l'inscription de ces risques au cœur de cette tension. La multiplicité des logiques d'occurrence, l'absence de relation univoque cause-effet, l'existence d'un délai de latence entre l'exposition au risque et ses conséquences, les effets cumulatifs découlant d'une poly-exposition du travailleur et l'émergence de multiples dénis maintiennent les RPS dans un champ difficile à délimiter (Gollac *et al.*, 2006 ; Mias, 2010). Certaines approches disciplinaires tendront à individualiser les RPS (épidémiologie, psychologie cognitive, ergonomie *Human Factors...*), tandis que d'autres approches mettront l'accent sur leur dimension organisationnelle (sociologie, psychodynamique, clinique de l'activité...) (Chakor, 2015).

Cette tension contribue à l'apparition d'un champ où se développent des stratégies d'acteurs : la construction sociale des RPS va différer selon les individus en fonction de leur inscription sociale dans la division du travail (Loriol *et al.*, 2006 ; Chakor, 2014). Le risque se réalise au travers des intérêts et des implications spécifiques des sujets concernés, pouvant ainsi accentuer ou euphémiser son contenu et sa portée : l'opacité du champ des risques professionnels constitue un terreau fertile au développement de représentations divergentes, ou opposées, du risque (Moscovici, 1969). C'est ainsi que le responsable de l'organisation aura « intérêt » à défendre la vision la plus restrictive possible, limitant sa part de responsabilité, tandis que les travailleurs et leurs représentants lutteront pour une vision élargie des risques professionnels, impliquant la responsabilité de l'employeur (Allard-Poesi et Hollet-Haudebert, 2012 ; Chakor, 2015).

1.2. Interventions et pratiques d'acteurs autour des risques psychosociaux au travail

La typologie des approches préventives en santé au travail distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire¹. La *prévention primaire* est une démarche collective visant à réduire les sources de RPS en agissant sur l'organisation, les conditions et/ou l'activité de travail, afin de réduire leur impact potentiellement pathogène pour l'individu. La *prévention secondaire* fait état d'actions correctives visant à renforcer l'individu au travail afin de faire face à des situations potentiellement à risque. La *prévention tertiaire* est une action de type curatif prenant en charge les individus souffrants, afin de les soigner et/ou de les réhabiliter. C'est ainsi que la prévention primaire est reconnue comme la plus efficace à long terme et la seule voie d'action réellement préventive (Murphy, 1988 ; Quick, Murphy et Hurrell, 1992).

Peu d'études ont été réalisées autour des pratiques stratégiques et politiques d'acteurs en prévention des RPS. Certains auteurs soulignent les limites d'une approche mécaniste de leur gestion, ne prenant pas en compte les spécificités de ces risques (Attias-Delattre et Szpirglas, 2013) ou le fait que la prévention puisse être source de performance, notamment financière (Gorget, 2016). D'autres travaux sur les déterminants organisationnels et managériaux ont souligné l'importance du manager de proximité et les effets de son absence dans l'apparition de certains maux au travail (Detchessahar, 2011 ; Neveu, 2012). Le manager détient une place décisive à la fois dans l'apparition et dans la résolution des RPS : il doit anticiper ce qui relève de l'activité réelle du travail, et non simplement de l'organisation prescrite, afin d'adapter le travail à l'homme, en limitant les contraintes de l'activité et en développant des ressources au travail mobilisables (Abord de Chatillon *et al.*, 2012) ou du « pouvoir d'agir » (Collard et Drouard, 2015).

1.3. Les consultants et experts CHSCT : des acteurs centraux de la scène RPS aux interventions et résultats méconnus

Les consultants en RPS s'institutionnalisent et participent à la création d'un marché du conseil et de l'expertise, devenant des professionnels du marché (Boussard, 2009 ; Cristofalo, 2009). Disposant de qualités d'aide à la réflexion et décision à partir de compétences spécifiques, ils peuvent faire partie intégrante des jeux stratégiques et de pouvoir au sein de l'organisation, en produisant des savoirs utiles au processus de décision des commanditaires, qu'il s'agisse de la Direction ou des représentants du personnel (Villette, 2003 ; Babeau,

¹ Typologie reprise par les organismes multinationaux de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail (Organisation Internationale du Travail, Organisation Mondiale de la Santé, *National Institute of Occupational Safety and Health – NIOSH, Eurofound, Occupational Safety and Health Administration – OSHA*).

2007). C'est ainsi que certains experts en soin s'inscrivent dans une vision restrictive des RPS, au travers d'une psychologisation de leur gestion (cellules d'écoute psychologique, numéros verts), exemptant l'organisation du travail de la responsabilité des risques (Lhuilier, 2010). À l'opposé, certains cabinets-conseil affichent leur volonté de remettre le travail au cœur des rapports de force et des solutions en matière de RPS (Jaffrès et Thaller, 2009).

Il est ainsi possible de distinguer les pratiques co-constructives, visant à résoudre les RPS en promouvant une démarche paritaire et participative, les pratiques adaptatives, intégrant en priorité les représentations des RPS du commanditaire, et les pratiques militantes, l'intervenant externe défendant une vision idéologique et exclusive des RPS et de son intervention (Chakor, 2013 et 2014). Dans la continuité de ces premiers travaux, l'objectif de notre recherche est d'analyser les conclusions d'une expertise menée par un consultant spécialisé en RPS, et la phase de post-expertise, afin d'éclairer l'appropriation du contenu du rapport une fois que l'expert a quitté l'entreprise.

2. L'analyse d'une expertise et d'une post-expertise RPS au prisme de la sociologie de la traduction

2.1. Une grille de lecture permettant d'appréhender les conditions de convergence d'acteurs autour d'un projet spécifique

L'analyse d'une expertise et d'une post-expertise peut s'appuyer sur de nombreux cadres théoriques : parmi ces cadres, le corpus classique de la sociologie des organisations est principalement tourné vers la compréhension des jeux de pouvoir, appréhendant l'entreprise comme un espace de relations, un champ d'affrontement où chaque acteur tente d'optimiser ses gains et ses ressources. Nous pouvons ainsi citer Crozier et Friedberg (1977), l'analyse stratégique mettant l'accent sur la structuration des relations entre groupes d'acteurs (conflits, négociations, ententes durables et accords provisoires). La théorie de la régulation sociale (Reynaud, 1989) analyse la construction des règles par lesquelles un groupe social se structure et devient capable d'actions collectives, tandis que le cadre de l'identité au travail de Sainsaulieu (1988), aborde cette construction au détour des dimensions affectives des acteurs et de leurs positions idéologiques. Toutefois, ces travaux font état d'une « *quasi-cécité sur la question des conditions de production de l'accord entre acteurs* » (Amblard et al., 1996, p.128).

La sociologie de la traduction appréhende les conditions à partir desquelles les acteurs d'une situation donnée sont en convergence (ou non) autour d'un projet spécifique. De plus en plus mobilisé en sciences de gestion, notamment au niveau *ex ante*, ce cadre agit comme un guide pour la conduite du changement, revendiquant son pouvoir normatif (Dervaux et al., 2011), ou comme une grille de recherche-intervention dans le cadre d'un projet de prévention des RPS (Durand et al., 2018). Nous mobiliserons ici cette théorie à des fins analytiques et dans une perspective longitudinale, afin d'éclairer les diverses actions qui ont conduit à une réussite ou à un échec de l'expertise et de la post-expertise RPS.

2.2. Un processus de traduction reposant sur cinq étapes interdépendantes

Le *réseau* appréhende et fédère l'ensemble des *actants* participant à la réalisation d'un *projet sociotechnique* (Amblard et al., 2006), qui sera ici le projet de gestion des RPS. L'*acteur-réseau*, ou *traducteur*, fédère les parties prenantes, définit l'espace, l'organisation, les enjeux,

les règles du jeu, voire l'existence même du jeu (*ibid.*, 2006) via la construction de ce projet, tout en se construisant simultanément en lien avec son contexte et son environnement (Callon, 2006) : ce traducteur sera, *a priori*, le consultant. Le processus est jalonné de *controverses*, comme autant de conceptions différenciées, voire stratégiques, du projet : ces conceptions porteront sur les différentes représentations des RPS et de leur gestion, entre approche restrictive et approche élargie. La *traduction* repose alors sur le succès de la construction du projet, la convergence des actants, et constitue la transformation effective de plusieurs énoncés intelligibles en un seul énoncé, consensuel et stabilisé.

La *problématisation* permet la formulation du problème et le passage de chaque actant d'une position singulière et isolée à une acceptation de coopération et de mise en mouvement (Callon, 2006) autour du projet de gestion des RPS ; l'*intéressement* correspond à la négociation entre l'acteur-réseau et les alliés potentiels autour de leur participation au projet, en mettant en avant leurs gains potentiels via des *investissements de forme*, bases d'un langage commun nécessaires à l'avancée du projet (Pichault, 2013) ; l'*enrôlement* permet d'articuler les rôles proposés par l'acteur-réseau et ceux que les actants acceptent de jouer, induisant une implication dans l'action (Akrich et al., 2006) ; la *mobilisation des alliés* opérationnalise la coordination entre actants en désignant des porte-paroles qui agiront au nom du groupe qu'ils représentent, la constitution d'un *micro-réseau* devant favoriser la coopération et le succès de la traduction (*ibid.*, 2006), ici la traduction des RPS ; enfin, le *rallongement* du réseau vise à étendre du centre à la périphérie le projet sociotechnique construit par le *micro-réseau*, jusqu'à constituer un *réseau irréversibilisé*, situation stabilisée où le projet élaboré porte une traduction finale et pérenne. Cette étape verra, théoriquement, une représentation partagée et consensuelle des RPS, et le départ du consultant-traducteur, le réseau d'acteurs devant « prendre le relais » pour maintenir la traduction en désignant un nouvel *acteur-réseau*.

Présentation du terrain et méthodologie de la recherche

La polyclinique du Sud est un établissement de soins privé réparti entre deux établissements (221 et 125 lits). L'effectif est de 497 salariés ou assimilés (27 cadres de soin, 175 infirmières, 188 médecins libéraux dont 76 temps plein) répartis au sein de nombreux services (urologie, chirurgie vasculaire, ophtalmologie, anesthésie, pneumologie, cardiologie etc.) et comptabilisant environ 55 000 entrées annuelles (hospitalisations complètes, ambulatoires et traitements d'urgence). Suite au projet de construction d'une nouvelle polyclinique, devant regrouper en 3 ans les activités sur un même site, et à la multiplication de plaintes individuelles et collectives du personnel, le CHSCT ont voté² une expertise relative à l'évaluation des facteurs d'exposition aux RPS, réalisée par le cabinet agréementé DAVEOS³. Notre étude de cas (Yin, 1991 et 2003) s'appuie sur une démarche qualitative et longitudinale de type abductif. Les données primaires ont été récoltées à partir de douze séances d'observation directe et non participante de réunions internes durant 24 mois (Comité de pilotage RPS puis Pénibilité, CHSCT, DP, CE), d'une durée moyenne de 1h30, soit 18h d'observation. Ces séances ont donné lieu à une prise de notes structurée entre faits observés et impressions, notes remises au propre le jour-même. Cette longue présence sur le terrain nous a conduit à clarifier régulièrement auprès des différentes parties prenantes notre positionnement de chercheur-observateur non participant, engagé dans l'analyse d'un processus mais non-intégré aux jeux d'acteurs (Baumard et al., 2007 ; Arborio et Fournier, 2008). C'est ainsi que nous adoptions durant ces séances l'attitude la plus neutre possible :

² Conformément à l'article L. 4614-12 du Code du travail (article en vigueur au moment de l'étude).

³ Nom modifié.

aucune prise de parole, une expression faciale neutre, aucun *debriefing*, une posture légèrement en retrait etc.

Nous avons également procédé à six entretiens approfondis (de 1h30 à 3h30 chacun) semi-directifs à des moments stratégiques du processus : trois entretiens avant la réalisation de l'expertise et trois nouveaux entretiens 18 mois plus tard, après la mise en place des préconisations, avec les mêmes acteurs (Directeur ; Représentants du personnel ; Médecin du travail). Les autres acteurs n'ont pu être interrogés, du fait de leur refus (consultant avançant le secret professionnel, membres de la Direction renvoyant vers le Directeur), ou du fait de leur méconnaissance du sujet (salariés lambda peu ou non informés).

Les données secondaires issues du rapport d'expertise de DAVEOS et de documents internes (organigramme, documents de la médecine du travail, études internes) ont été mobilisées dans l'optique d'une triangulation des données (Baumard et *al.*, 2007). Nous avons ensuite procédé à une analyse de contenu pour nos entretiens et documents, et à une analyse longitudinale (Forgues et Vandangeon-Derumez, 2007 ; Mendez, 2010 et 2012) pour nos périodes d'observation, afin de retracer l'évolution observée (Forgues et Vandangeon-Derumez, 2007) et de mettre en évidence des intervalles de temps (Pettigrew, 1992). Nous avons enfin retenu la méthode de codification chronologique, visant à respecter l'ordre temporel des données et l'enchaînement des actions et réactions, conduisant à un classement des événements par ordre d'arrivée (Grenier et Josserand, 2007).

3. Résultats : Un « renversement stratégique » et une « traduction empêchée » du contenu de l'expertise, suite au départ de l'expert

Nous distinguerons trois phases permettant de retracer la trajectoire de gestion des RPS : la problématisation des RPS par le cabinet DAVEOS, la mise en marche de la gestion des RPS initiée par la Direction comme « renversement stratégique », et la mise en arrêt de cette gestion, témoignant d'une « traduction empêchée ».

3.1. La problématisation des RPS du cabinet DAVEOS et la restitution des conclusions de l'expertise

3.1.1. La problématisation des RPS par DAVEOS

Le rapport d'expertise souligne de nombreux problèmes : absence de dynamique collective, outils managériaux inadaptés ou inexistants, manque de communication verticale et de compétences de cadres « *formés sur le tas* », carences du processus de formation et de mobilité, CHSCT non consulté, Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels (DUER) trop général et sentiment de peur et d'insécurité prégnant. Les sources repérées font essentiellement référence aux modes de management inadaptés (excès d'autorité, manque de reconnaissance et d'équité, contrôle excessif, surcharge de travail...) pouvant impacter la qualité des soins. Les points positifs concernent la gestion des plannings, des congés et des absences personnelles, ainsi que l'autonomie dans la gestion des activités. Le rapport souligne les stratégies d'adaptation des salariés (entraide, dérogation aux règles, évitement, habitude, intensification de l'activité pour « absorber » la surcharge de travail, désinvestissement), se traduisant par une fatigue chronique, des troubles du sommeil, de l'anxiété et un sentiment de mal-être, constat validé par la médecine du travail durant l'entretien.

Le rapport d'expertise souligne le fait que « *la Direction se doit de mettre en place rapidement des actions de régulation et de prévention, sans quoi l'exposition des salariés aux risques psychosociaux va perdurer et s'amplifier, engendrant une intensification des conséquences à la fois sur la santé des salariés, mais aussi sur la qualité des prestations proposées par l'établissement* ». Il insiste sur la nécessité d'une collaboration (Direction, représentants du personnel, CHSCT, salariés, Médecine du travail, Inspection du travail, CARSAT, voire consultant(s) externe(s)), via un « *groupe de veille permanent* » afin d'assurer le suivi du plan d'action. Les axes d'action proposés sont : « *Actions en lien avec le management, l'organisation, les activités* », « *Actions en lien avec le management de la démarche de prévention des risques* » et « *Actions préventives en lien avec le projet de regroupement des deux établissements* ». Les préconisations portent sur la cohérence de la ligne managériale, l'assainissement du climat social, l'instauration de moyens d'expression et d'accompagnement des salariés, le repérage des situations critiques et la place accrue à accorder aux instances de prévention. DAVEOS propose ses services « *en cas de besoin sur l'élaboration/la mise en place/le suivi du plan d'action* », les modalités étant à définir avec le commanditaire.

3.1.2. La restitution des conclusions de l'expertise : premier « conflit de problématisation »

La restitution en CHSCT se déroulait en présence du PDG (également chirurgien au sein de la polyclinique), du directeur, du responsable RH, du surveillant général, du médecin du travail et de quatre représentants du personnel, donnant à voir un « conflit de problématisation » des RPS, entre la vision gestionnaire des membres de la Direction (contraintes « *irrémediables* » du milieu hospitalier, coût d'une démarche de prévention) et la vision plus axée sur l'humain des représentants du personnel et du médecin du travail. En réponse au « *groupe de veille permanent* », le PDG avançait l'idée de groupes de travail afin de « *pointer dans chaque groupe et pour chaque individu ce qui ne va pas* ». Le consultant rappelait l'obligation de sécurité de l'employeur et l'importance d'une action axée sur l'organisation et le collectif de travail. Le directeur considérait les conclusions comme « *plutôt sévères, voire partiellement fausses* », tandis que le représentant du personnel s'interrogeait sur les moyens effectifs qui seront mobilisés, évoquant l'absence d'évolution suite à une enquête sur les conditions de travail réalisée trois ans auparavant. Le directeur lui a alors assuré que « *les moyens nécessaires seront mobilisés* ». Enfin, le consultant a ponctué la réunion en insistant : « *je reste à votre entière disposition pour un accompagnement éventuel* ». Une seconde restitution, au contenu similaire, s'est déroulée devant une quarantaine de salariés qui soulignaient majoritairement la pertinence du diagnostic, tout en faisant part de leur manque de confiance dans la concrétisation des préconisations. Notre voisin, brancardier, nous confiait : « *c'est bien beau ce diagnostic, mais on sait très bien que rien ne va changer... C'est du fric foutu en l'air... J'aurais dû faire consultant !* ».

Durant les trois mois suivants, la situation n'évoluait pas : les réunions DP et CE ne faisaient pas référence à l'expertise, tandis que le CHSCT suivant l'a abordé durant les « *Questions diverses* », les conclusions de l'expertise n'étant pas inscrites à l'ordre du jour. Face à la demande des représentants du personnel d'être accompagnés par un consultant de DAVEOS (« *c'est une aide pour nous, pour mettre sur les rails le comité de pilotage* »), le directeur a répondu, passablement remonté « *Pour moi, le contrat avec (DAVEOS) est fini (...) j'ai signé une mission, j'ai payé, c'est fini (...) On ne fonctionne pas comme ça avec moi !* ». Le directeur décidait alors de présider le comité de pilotage, devenant ainsi le nouvel acteur-réseau en lieu et place de l'expert. De plus, l'affichage d'une information selon laquelle les

salariés ont un mois pour manifester leur volonté d'intégrer le comité de pilotage constituait le seul dispositif d'intéressement mis en place à notre connaissance.

3.2. La « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction : un « renversement stratégique »

3.2.1. Nouvel acteur-réseau et « enrôlement partial »

Tandis que le rapport insistait sur sa dimension représentative, le « comité de pilotage RPS » était finalement composé du directeur, nouvel acteur-réseau, du responsable sécurité et qualité, du responsable RH, du surveillant général, du psychologue du travail, d'un unique représentant du personnel élu CHSCT et du médecin du travail. Ce déséquilibre au profit des membres de la Direction, souligné dès la première réunion par le psychologue du travail, traduisait un « enrôlement partial » (et partiel), que le directeur justifiait par la faiblesse du nombre de candidatures de salariés, l'impossibilité de faire des groupes de plus de huit personnes et par le caractère « *incontournable* » des membres désignés. L'intéressement et l'enrôlement relevaient ainsi d'une logique fonctionnelle et stratégique, le directeur composant le comité du fait de leur fonction dans la polyclinique et de leur « étiquette Direction ». Ainsi, les investissements de forme des acteurs du réseau nouvellement constitué tendront à créer un langage commun autour des RPS proche des représentations restrictives de la Direction, devant favoriser une individualisation de la gestion de ces risques.

Dès lors s'amorçait un premier virage dans la « mise en marche » de la gestion des RPS et dans leur traduction. Le premier débat portait sur les actions prioritaires : le psychologue du travail, le médecin du travail et le représentant du personnel considéraient prioritaires les actions autour de la communication, du collectif de travail et de la culture d'entreprise, soulignant le manque de ressources internes pour les mettre en place ainsi que le risque d'individualisation. Le surveillant général souhaitait réaliser en priorité les opérations rapides et peu coûteuses, tandis que le directeur soulignait l'importance du rôle de veille du personnel encadrant, le fait que de nombreux problèmes puissent être de type « *persono-dépendant* » (incompétence et défaillances individuelles...), et enfin le fait que le comité disposait des compétences suffisantes pour mettre en place ces actions.

3.2.2. Une « mobilisation restrictive et stratégique des alliés »

Treize jours après la première réunion et en l'absence du médecin du travail, chaque membre devait présenter un plan d'action priorisé : le psychologue du travail proposait la tenue de réunions de sensibilisation autour du sentiment d'appartenance et de la perception du travail ; le représentant du personnel avançait l'idée d'un travail sur les outils de gestion, notamment pour les cadres ; le responsable santé et sécurité souhaitait clarifier les fonctions et responsabilités de chacun et travailler sur les valeurs de l'entreprise ; le directeur et le surveillant général insistaient sur les problèmes de communication et de clarification des postes (notamment les cadres), ainsi que les dysfonctionnements du quotidien ; enfin, le DRH proposait de diffuser un Questionnaire à Choix Multiples (QCM) aux salariés pour énoncer « *ce qui n'allait pas* ».

Le directeur-traducteur ne souhaitant « *pas voir trop grand dans un premier temps et d'abord travailler sur la question des fonctions support et des problèmes du quotidien* », quatre groupes de travail ont été constitués, avec appel à participation dans le journal d'entreprise :

« Relations avec la pharmacie – Site 1 » ; « Relations avec la pharmacie – Site 2 » ; « Relations avec les services entretien/économat/logistique » ; et un groupe intitulé « Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien » qui devait inciter les salariés à venir dans un esprit constructif et ne pas créer un « *défouloir anti-Direction* » (Directeur). Le représentant du personnel émettait des réserves autour du caractère volontaire de la participation aux groupes et du fait que les problèmes du quotidien devaient être traités durant les réunions de service, mais sans être entendu. Le directeur ponctue la réunion en considérant que le troisième comité de pilotage ne pourra avoir lieu qu'après la tenue d'une ou deux réunions dans chaque groupe.

Nous constatons ici une déconnexion vis-à-vis du contenu du rapport et de sa problématisation des RPS : les groupes de travail compartimentent les différentes problématiques et les limitent à des questions d'unités de service, empêchant de penser les problèmes d'organisation dans leur ensemble et mobilisant les alliés dans une perspective restrictive. Les deux premières réunions du comité de pilotage font ainsi bifurquer le processus depuis une problématisation dénonçant les facteurs organisationnels à une logique tendant à exonérer la Direction de ses responsabilités dans l'exposition des salariés aux RPS.

3.2.3. Un « renversement stratégique » du processus de traduction des RPS

Dix volontaires composaient le groupe « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* », piloté par le psychologue du travail : six infirmières, trois aides-soignantes et le second responsable sécurité et qualité de la polyclinique. Différents problèmes ont émergé : travail dans l'urgence, problèmes de communication et de gestion des lits, manque de respect de la part de la Direction etc. Un vif échange a eu lieu entre le responsable sécurité et qualité et deux soignantes autour des nouveaux protocoles de soin à suivre, ces dernières considérant que « *ceux d'en haut veulent nous apprendre notre travail !* ». Le responsable sécurité et qualité déplorait que « *personne (ne soit) venu directement (le) voir !* », tout en soulignant l'accroissement des directives à suivre obligatoirement. Le débat se ponctuait alors sur les manières d'améliorer la communication dans l'organisation. Le groupe « *Relations avec la pharmacie – Site 1* », animé par le responsable sécurité et qualité, débutait par la projection d'un tableau *Excel* de sept colonnes à renseigner : Problématique, Services concernés, Causes, Solutions envisagées, Effets induits, Échéancier et Évaluation. Onze personnes étaient présentes : six infirmières, trois préparatrices en pharmacie, un cadre infirmier et un magasinier. L'animateur se désolait de l'absence de médecins et d'infirmières du service « *Chirurgie* », « *alors que c'est le service qui rencontre le plus de problèmes avec la pharmacie* ». De plus, le directeur a ouvertement empêché la présence de la pharmacienne, « *son caractère très expressif n'aurait pas fait avancé le débat* », selon les propos rapportés par le responsable sécurité et qualité. Différents problèmes ont émergé : ruptures de stock, délais, supports de prescription, substitutifs médicamenteux et risque d'allergie des patients. Les échanges ont permis de confronter les infirmières aux préparatrices en pharmacie autour des délais de communication des ordonnances et des « *débrouilles* ». L'animateur s'engage à faire remonter ces difficultés au niveau du comité de pilotage. Nous n'avons pu assister à la réunion « *Relations avec la pharmacie – Site 2* » du fait de notre indisponibilité : le surveillant général, animateur de ce groupe, a mobilisé le même tableau *Excel* et la même manière de procéder que la réunion du Site 1. Enfin, le quatrième groupe de travail « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* », devant être animé par le représentant du personnel, n'a pas eu lieu durant le temps imparti par la Direction.

Le troisième comité de pilotage devait synthétiser les préconisations de chaque groupe : mise en place de nouvelles réunions de service, de référents qualité, amélioration de l'accueil des nouveaux salariés et de l'attitude des médecins vis-à-vis du personnel (groupe « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* ») ; anticiper les ruptures de stock, améliorer la gestion des commandes par la pharmacie, mieux gérer les substitutifs médicamenteux et le traitement des patients (groupes « *Relations avec la pharmacie* »). L'absence de tenue de la réunion « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* » a, *de facto*, créé une vive tension : bien que reconnaissant « *porte(r) l'entière responsabilité* », le représentant du personnel soulignait le faible nombre d'inscrits et le fait que le peu de gens intéressés devaient déjà participer aux autres groupes de travail. Le directeur considérait alors que les promesses n'étaient pas tenues et qu'elle-même n'a pas été tenue au courant, exprimant ainsi sa « *profonde insatisfaction* » en trouvant cela « *regrettable* ». En réponse aux préconisations, le directeur acceptait la mise en place de réunions de service trois à quatre fois par an et celle d'un référent qualité, les modalités d'accueil des nouveaux salariés restant « *à creuser* ». La question des relations avec les médecins devait être résolue par la mise en place de fiches de dysfonctionnement, tandis que les animateurs des groupes « *Relations avec la pharmacie* » devaient valider leurs propositions directement avec les deux pharmaciens.

Ce troisième comité de pilotage confirmait la bifurcation du processus, ou « renversement stratégique », en se concluant sur des actions restreintes, ponctuelles, et une remise en cause limitée du management et de l'organisation du travail. Le fait que les animateurs n'aient, par exemple, pas capitalisé sur les échanges constructifs et les différents débats autour de l'activité de travail (responsable sécurité et qualité/soignantes ; soignantes/préparatrices en pharmacie) témoigne parallèlement d'un appauvrissement des remontées d'informations auprès du comité de pilotage, limitées à des actions plus ciblées.

3.3. La « mise en arrêt » de la gestion des RPS : une « traduction empêchée »

3.3.1. Les apports perçus de l'expertise « à dix-huit mois »

Peu de temps avant le début de l'expertise, le directeur nous déclarait ne rien en attendre, considérant que le CHSCT usait et abusait de ses prérogatives, concluant, fataliste : « *on verra bien ce que l'on pourra en tirer de cette expertise* ». Le second entretien, mené 18 mois plus tard, confirmait cette vision délégitimante de l'expertise, le directeur considérant le cabinet « *proche des syndicats* », faisant également référence aux évolutions globales de la société (perte du goût du travail, avènement du jetable, salariés ne pensant qu'à leurs droits et non à leurs devoirs...). Une évolution majeure apparaissait cependant : les « *défaillances de l'encadrement de proximité* », et plus largement la responsabilisation des cadres de soins dans les dysfonctionnements de la polyclinique. Cette nouvelle donne traduit une appropriation stratégique partielle et partielle de l'expertise, cette dernière ayant uniquement souligné l'absence de lien entre la Direction et les cadres et leur manque de professionnalisation. Enfin, le directeur nous faisait part de l'émergence de la question de la pénibilité dans les nouvelles priorités de l'organisation, se traduisant par une formation obligatoire des membres du CE et du CHSCT afin de « *donner leur avis sur l'accord pénibilité qui sera établi* », soulignant également qu'« *il n'y aura pas de comité de pilotage spécifiquement dédié à la pénibilité* ».

Au niveau des représentants du personnel, le constat est clair : « *on a l'impression qu'avec cette post-expertise, on pousse un brancard bloqué aux quatre roues !* » du fait de problèmes d'implication des salariés suite aux promesses non tenues et d'absence de remise en cause de

la Direction. « *On a même l'impression que l'expertise a eu l'effet inverse, notamment pour les chefs de service, les cadres : le directeur tape sans cesse sur eux, en considérant que ce sont des gens qui ne foutent rien !* ». L'unique représentant du personnel du comité de pilotage soulignait les difficultés à faire entendre sa voix et l'évolution du comportement du directeur au cours des trois comités de pilotage, ce dernier s'affranchissant progressivement du contenu de l'expertise. Les représentants du personnel nous ont enfin fait part de la tenue d'une formation sur la pénibilité d'une durée de quatorze heures réparties sur deux jours, espérant qu'un comité de pilotage sera mis en place afin de « *reprendre du pouvoir dans les rapports de force avec la Direction !* ». Enfin, le médecin du travail reconnaissait une « *expertise bien faite et solide* » et être en accord avec son contenu. Il soulevait le fait que le directeur lui avait ouvertement dit qu'il ne souhaitait pas sa présence dans le comité de pilotage, mais qu'il avait dû l'intégrer sur demande express du CHSCT. Pour lui, les groupes de travail retenus « *ne traitent pas des vrais problèmes, ce sont des détails alors qu'il faudrait toucher l'organisation globale du travail* », déplorant que le directeur opère une « *chasse aux cadres* », jusqu'à entendre de sa bouche « *que de toute façon, il savait dans cette expertise qui avait dit quoi !* ». Le médecin concluait notre échange en considérant que les groupes de travail et l'expertise, en l'état, ne servaient malheureusement « *à rien* ».

3.3.2. La « mise en arrêt » du comité de pilotage RPS

Le quatrième comité de pilotage s'est déroulé cinq mois plus tard. Il a tout d'abord permis de présenter le nouveau DRH, l'ancien ayant été remercié (sans autres précisions possibles). Le directeur informait le nouveau DRH de l'existence du comité de pilotage RPS, n'ayant « *pas eu le temps de lui en parler avant...* ». Aucune nouvelle réunion des groupes de travail n'ayant eu lieu durant ce laps de temps, leur avancée reposait sur des réunions plus informelles, voire improvisées. Au niveau du groupe « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* », le psychologue du travail soulignait l'augmentation de la régularité des réunions de service, la désignation d'un référent qualité dans chaque service (malgré de réelles difficultés liées à la surcharge de travail) et le projet de fiches de dysfonctionnement, tout en suggérant la mise en place d'une boîte à idées. Au niveau des groupes « *Relations avec la pharmacie* », peu d'avancées ont eu lieu selon les animatrices, tandis que le groupe « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* » soulignait les problèmes de communication et de gestion de stock (couches, compresses), le représentant du personnel ayant entre-temps fait le tour des services pour recueillir leurs doléances.

Suite à ce tour de table, le directeur demandait : « *Bon, maintenant, sur quoi relancer la démarche ?* ». Le long silence qui a suivi témoignait clairement de la « mise en arrêt » du processus de gestion des RPS. Le DRH nouvellement arrivé proposait de travailler sur le sentiment d'appartenance des salariés de la polyclinique, soulevant l'accord du représentant du personnel et du médecin du travail, tandis que le directeur « faisait la moue ». Suite à un échange sur les nouvelles pistes à suivre, le directeur relevait la piste d'une réflexion portant sur les « valeurs », devant « *prioritairement concerner les cadres* », le directeur soulevant une nouvelle fois le caractère « *persono-dépendant* » de ces questions. Le cinquième comité de pilotage s'ouvrait donc sur la question : « *Comment aborder la question des valeurs, notamment les valeurs des cadres ?* ». Deux visions s'opposaient : celle de valeurs référentes portées par la Direction et devant être transmises par les cadres aux salariés, et celle de valeurs venant de la base, des salariés eux-mêmes. Le directeur tranchait en décidant de mettre en place « *quelque chose avec les cadres, à leur niveau, sur la réflexion, sur les valeurs (...) une formation pour les cadres pour qu'ils managent cette réflexion dans leurs équipes* ». De plus, il décidait de ne pas fixer de nouvelle date de comité de pilotage jusqu'à la mise en place de

ces formations, et du fait de la possible constitution d'un comité de pilotage autour de la question de la pénibilité au travail.

3.3.3. La mise en place d'un « comité de pilotage Pénibilité » et la dissolution du « comité de pilotage RPS »

La formation obligatoire des élus du personnel dans le cadre de la prévention de la pénibilité au travail a placé cette thématique comme nouvelle priorité de l'organisation. La Direction a ainsi créé un « comité de pilotage Pénibilité » au détriment du « comité de pilotage RPS ». Nous avons pu participer à deux réunions de ce nouveau comité, qui n'intégrait aucun membre du comité RPS. Présidé par le nouveau DRH, il regroupait le second responsable sécurité et qualité, un délégué syndical, trois infirmières, le standardiste de nuit et un brancardier, tous volontaires, nous orientant sur le caractère « moins stratégique » de ce groupe. Le DRH insistait sur le strict cadre réglementaire dans lequel s'inscrivait ce comité, dont l'objectif unique était d'arriver à un accord en lien avec la nouvelle législation. Même si l'une des infirmières souhaitait que la « *pénibilité fasse avancer la question des RPS* », l'objectif affiché par le DRH était d'aboutir à un accord en quelques mois. Durant un échange informel entre le responsable sécurité et qualité et le délégué syndical, avant le début de la seconde réunion, ce dernier soulignait que « *rien ne se passe concrètement (...) les groupes RPS se sont totalement essoufflés, on obtient que des trucs de façade* ». De plus, cette réunion s'orientait sur la méthodologie de récolte de données à retenir afin de renseigner le niveau des dix facteurs de pénibilité, le DRH faisant régulièrement écho aux « *délais à tenir* ». La technique du questionnaire était donc finalement retenue car apparaissant comme « *la plus efficace* ».

Au bout de six mois, l'« *accord d'établissement sur la prévention de la pénibilité* » retenait comme situations de pénibilité : le travail de nuit, la manutention manuelle de charges, les postures pénibles, les agents chimiques dangereux et le bruit. Il définissait une proportion de salariés exposés et des seuils d'exposition précis, ainsi que quatre thématiques d'action : l'adaptation et l'aménagement des postes de travail, l'amélioration des conditions de travail notamment d'un point de vue organisationnel, le développement des compétences et qualifications et la réduction de la poly-exposition. Il semble intéressant de constater que ces thématiques d'apparence organisationnelle relevaient en réalité d'éléments beaucoup plus factuels tels que les ambiances physiques (éclairage), les équipements de travail, les horaires et cycles de travail, ainsi que l'utilisation de nouvelles techniques et d'une formation autour de la prévention des risques. Enfin, cet accord mentionnait explicitement : « *Le groupe de travail RPS sera sollicité par le comité de pilotage aussi souvent que nécessaire pour initier la création de documents, suggérer des actions de prévention en lien avec les thématiques définies par le présent accord* ». Cependant, six mois plus tard, suite à notre ultime passage au sein de la Polyclinique du Sud et après échanges informels avec le DRH et le représentant du personnel, le comité de pilotage RPS n'avait plus aucune activité, ce qui actait la « mise en arrêt » du processus de gestion des RPS et leur « traduction empêchée ».

4. Discussion : quelle appropriation des outils et dispositifs gestionnaires en management de la santé au travail ?

Les résultats issus de notre étude de cas exploratoire longitudinale au sein de la Polyclinique du Sud, portant sur le contenu d'une expertise « risques psychosociaux » et la phase de post-expertise suite au départ de l'expert, ont donc permis de mettre en évidence un processus de «

renversement stratégique » et de « traduction empêchée » des RPS, passant par un conflit de problématisation, un changement d'acteur-réseau traducteur, un enrôlement partiel et une mobilisation restrictive et stratégique des alliés. Ce cas confirme, à notre sens, d'une part le fait que le champ des RPS, et plus largement de la santé au travail, est un champ stratégique et politique en tension entre approche restrictive et élargie du risque ; d'autre part, nos résultats illustrent également que chaque acteur peut se positionner au sein de ce champ, en fonction de ses intérêts propres et de son champ de responsabilité.

Ces résultats soulèvent donc de nouveaux questionnements et de nouvelles perspectives de recherche. Nous retiendrons ici comme objet de discussion majeur celui de l'appropriation (stratégique) des outils et dispositifs gestionnaires en management de la santé au travail. En effet, nos travaux antérieurs (Chakor, 2013 ; 2014 ; 2015) et les résultats de notre étude de cas nous conduisent à ré-interroger notre première revue de littérature autour du champ stratégique des RPS au prisme des outils et dispositifs de gestion qui y sont mobilisés. Plus que de simples stratégies d'acteurs isolées, visant à restreindre ou élargir le risque, nos résultats illustrent l'existence de stratégies incarnées dans l'outil ou le dispositif de gestion. Loin des simples pratiques de dé-responsabilisation ou de promotion d'une représentation avantageuse des RPS, nos résultats ouvrent la voie à de nouvelles recherches autour de la conception, de l'usage et de l'appropriation des dispositifs en management de la santé au travail. Ces instrumentations (Gilbert, 1997 ; David, 1998) ou dispositifs de gestion (Boussard et Maugeri, 2003 ; de Vaujany, 2005) sont en effet le fruit de constructions sociales complexes (Grimand, 2006 ; Oiry, 2012), leurs usages et appropriations n'étant jamais totalement déconnectés de leur processus de conception (de Vaujany, 2005). De futures recherches autour de la prévention et la gestion des RPS pourraient donc creuser ce triple niveau d'analyse, dans la continuité de notre étude de cas (depuis la problématisation des RPS jusqu'à la mise en arrêt du processus), mais également en s'intéressant à d'autres types de dispositifs.

De plus, la mobilisation de ce corpus théorique pour éclairer la conception, l'usage et l'appropriation des dispositifs en management de la santé au travail pourra être réalisée au prisme de la sociologie de la traduction : en effet, reprenant les travaux de Drevet (2011), Oiry (2012) analyse la conception des instrumentations comme une chaîne de traductions sujet à des relations de pouvoir et à un rapport de prescription (Hatchuel, 1996). Ainsi, chaque étape du processus de traduction permet la confrontation de traductions d'acteurs, comme autant de traductions-trahisons de la proposition des concepteurs initiaux (Callon, 1986). De plus, du fait de rapports de pouvoir omniprésents, tous les acteurs ne sont pas égaux devant la traduction (Boussard et Maugeri, 2003), certains pouvant refuser une traduction qu'on pourrait leur imposer, d'autres non. Autrement dit, certaines traductions ont plus de poids et d'impact sur le processus de conception de l'instrumentation que d'autres. Ces éléments nous confortent dans le choix et la pertinence de notre grille d'analyse théorique. La fertilisation croisée entre littérature autour des RPS, de la sociologie de la traduction et des outils de gestion devra ainsi être poursuivie, certains concepts proposés dans cet article (« renversement stratégique », « traduction empêchée ») devant encore être testés à d'autres situations. La question de la crise du rapport de prescription (Oiry, 2012) pourra également être traitée, afin de souligner les tensions pouvant exister entre le concepteur de l'instrumentation et les acteurs concernés par cette dernière. L'apparition de nouveaux concepts tels que la Qualité de Vie au Travail (QVT), le bien-être, voire même le bonheur au travail, et d'une instrumentation gestionnaire nouvelle, du moins en apparence, semble constituer un champ prometteur pour étudier cette dynamique de conception, d'usage et d'appropriation.

Plus globalement, nos résultats peuvent contribuer à appréhender d'une nouvelle manière un dispositif de gestion de plus en plus populaire au sein de la littérature en management de la santé au travail : les espaces de discussion (EDD). Ces lieux ont pour objectif de recomposer les prescriptions du travail en permettant des arrangements, des compromis et bricolages induits par l'incomplétude de ces prescriptions (Detchessahar, 2013). Ainsi, comment ces EDD peuvent être conçus, utilisés et appropriés dans un champ en tension entre approche restrictive et organisationnelle, avec des acteurs aux pratiques et positionnements stratégiques, pouvant même agir sur l'EDD en lui-même pour promouvoir leur propre représentation des RPS ? Nous savons que leur forme et architecture peuvent varier, ainsi que leur contenu : réunions de service, groupes de travail autour du partage d'expérience, échanges formels ou informels entre pairs, tutorat, accompagnement etc. (Abord de Chatillon et Desmarais, 2017). Au regard de nos résultats, il semblerait que l'enjeu décisif porterait sur la centralité de l'activité de travail dans ces dispositifs. En d'autres termes, un EDD conçu, utilisé et approprié strictement autour de la mise en débat de l'activité de travail aurait toutes les chances de se maintenir dans le temps et de donner naissance à une vision partagée, une vision commune, non pas des RPS, mais du travail en tant que tel. La forte discursivité des EDD est assurément sa plus grande force, mais également sa plus grande faiblesse, le débat autour du travail pouvant rapidement basculer dans une lutte de (dé)responsabilisation du risque.

Les travaux émergents en termes de management du travail nous semblent ainsi décisifs à mobiliser : placer le travail au coeur des activités de management (Conjard et Journoud, 2013), réfléchir à un travail à soi et à un management de l'appropriation du travail, et non uniquement des outils et dispositifs, offre de réelles perspectives de recherche (Grimand et al., 2017). Ainsi, la dynamique d'appropriation du travail, en tant que tel, pourrait permettre de dépasser les premières limites et premiers blocages de l'instrumentation de gestion, en remettant au coeur de la réflexion la dimension subjective, le réel du travail et la construction du sens et convoquant simultanément les dimensions instrumentale, cognitive, sociopolitique et symbolique (de Vaujany, 2005 ; *ibid.*, 2017). L'ingénierie des EDD, toujours dans un champ caractérisé par des constructions sociales du risque concurrentes et porteuses de responsabilités plus ou moins étendues, devient alors décisive : comment répartir les rôles ? quel(s) acteur(s) peuvent endosser le rôle de traducteur ? Doit-on forcément passer par un tiers externe ou des membres de l'organisation peuvent assurer ce rôle ? Ces questions font référence à nos premiers résultats autour des pratiques co-constructives, adaptatives et militantes, et à l'importance du contexte de l'organisation, du climat social, des rapports de force pré-existants et des marges de manoeuvre à disposition (Chakor, 2013 et 2014). Cette ingénierie semble devoir reposer sur une institutionnalisation du conflit et de la controverse autour du travail (Clot, 2010), en sortant d'une gestion mécaniste des RPS. La solution semble donc être dans le chemin sinueux de la confrontation des subjectivités, confrontation sans cesse renouvelée, plutôt que dans la quête vaine d'outils ou de dispositifs devant permettre d'atteindre une situation idéale de pleine-santé au travail, situation forcément utopique. Le management du travail reste encore un point aveugle de la littérature en GRH (Grimand et al., 2017), qu'il conviendra donc d'investiguer plus en profondeur.

5. Conclusion

L'objectif de cette étude de cas exploratoire longitudinale de deux ans au sein d'une clinique de soins était donc d'analyser l'appropriation, ou non-appropriation, du contenu d'une expertise « risques psychosociaux » par les acteurs de la clinique suite au départ de l'expert. En nous appuyant sur la sociologie de la traduction, ainsi que sur une méthodologie qualitative, nous avons mis en évidence un processus de « renversement stratégique » et de «

traduction empêchée » des RPS par la Direction, passant d'une approche élargie des RPS, soulignant l'importance des facteurs managériaux et organisationnels dans l'exposition des salariés à ces risques, à une approche restrictive, remettant en cause *a minima* le management et l'organisation et individualisant l'origine des RPS. Ces résultats ont enfin été discutés autour de la question de la dynamique d'appropriation des outils et dispositifs gestionnaires, depuis leur conception jusqu'à leur usage et leur(s) détournement(s) éventuel(s). Cette question a permis de souligner l'existence de fructueuses perspectives de recherche autour des luttes de traductions, des rapports de force, des pratiques stratégiques d'acteurs et de la crise du rapport de prescription en management de la santé au travail, ainsi que des espaces de discussion, leur ingénierie et leur rôle décisif dans le management du travail à proprement parler.

Bibliographie

- Abord de Chatillon E., Bachelard O., Carpentier S. (2012), *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Paris, AGRH, Éditions Vuibert, 2012
- Abord de Chatillon E., Desmarais C. (2017), « Espaces de discussion, management et épuisement professionnel », *@GRH*, 2017/2, n°23, p.13-36
- Akrich M., Callon M., Latour B. (2006), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines de Paris, 2006
- Allard-Poesi F., Hollet-Haudebert S. (2012), « La construction du sujet souffrant au travail au travers des instruments de mesure », *@GRH*, 2012/4, n°5, p.45-74
- Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y.F. (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Éditions du Seuil, 1996
- Arborio A.-M., Fournier P. (2008), *L'observation directe*, Série L'enquête et ses méthodes, Armand Colin, 2008
- Attias-Delattre V., Szpirglas M. (2013), « Désapprendre les risques psychosociaux. Entre sciences sociales et sciences de gestion : pour un cadre d'analyse du risque afin de sortir du piège de la gestion mécaniste », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2013/47, Vol. XIX, p. 165-180
- Babeau O. (2007), « Les pratiques transgressives des consultants au service de la fabrique de la stratégie », *Revue Française de Gestion*, 2007/5, N°174, p. 43-59.
- Baumard P., Donada C., Ibert J., Xuereb J.-M. (2007), « La collecte des données et la gestion de leurs sources », chap.9, pp.228-262 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007
- Boussard V. (2009), « Les consultants au cœur des interdépendances de l'espace de la gestion », *Cahiers internationaux de sociologie* 2009/1, 126, p. 99-113
- Boussard V., Maugeri S. (dir) (2003), *Du politique dans les organisations. Sociologie des dispositifs de gestion*, Éditions L'harmattan, Paris
- Callon M. (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, Numéro spécial La sociologie des sciences et des techniques, N°36, pp.169-208
- Callon M. (2006), « Sociologie de l'acteur-réseau », pp.267-276 in. Akrich M., Callon M., Latour B., *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, École des Mines, 2006
- Callon M., Latour B. (2006), « Le grand Léviathan s'approprie-t-il ? », pp.11-32 in. Akrich M., Callon M., Latour B., *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, École des Mines, 2006
- Chakor T. (2013), *Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail*, Thèse de doctorat en sciences de gestion sous la direction d'Ariel Mendez, Aix-Marseille Université
- Chakor T. (2014), « Les consultants dans la prévention des risques psychosociaux au travail : proposition d'une typologie de pratiques », *@GRH*, 2014/1, n°10, p. 37-58
- Chakor T. (2015), « Généalogie des risques psychosociaux au travail : des risques professionnels au cœur d'un champ stratégique en tension », *Économies & Sociétés, série Études Critiques en Management*, KC, n°4, 2/2015, p. 197-225.

- Chakor T., Abord de Chatillon E., Bachelard O., (2015), « La santé et sécurité au travail au sein des congrès de la communauté AGRH : retour sur 25 ans de travaux et perspectives futures de recherche », *@GRH*, 2015/2, n°15, Meilleurs papiers du 26^{ème} Congrès de l'AGRH à Montpellier, p. 127-165.
- Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux au travail*, Paris, La Découverte, 2010
- Collard D., Drouard A. (2015), « Mettre le développement du « pouvoir d'agir » au centre de l'intervention : une autre voie de prévention des risques psychosociaux ? », *Annales des Mines - Gérer et Comprendre*, 2015/1, N°119, p. 53-61
- Conjard P., Journoud S. (2013), « Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail », *Management & Avenir*, 2013/5, n°63, p.81-97
- Cottureau A. (2002), « Droit et bon droit. Un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail (France, XIX^{ème} siècle) », *Annales Histoire, Sciences Sociales*, 2002/6, pp. 1521-1557
- Cristofalo P. (2009), « L'institutionnalisation d'une fonction d'expertise et de conseil auprès des élus du personnel », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2009/1, N° 126, pp. 81-98
- Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.
- Davezies P. (2003), « Les maladies professionnelles », in *Dictionnaire historique et philosophique de la médecine*, Paris, Éditions PUF, 2003
- David A. (1998), « Outils de gestion et dynamique du changement », *Revue française de gestion*, Vol. 120, p. 44-59
- Dejours C. (2000), *Travail : usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, 2000
- Dervaux A., Pichault F., Renier N. (2011), « L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la grh en milieu hospitalier », *Journal d'économie médicale*, 2011/1, Vol. 29, p. 62-73
- Detchessahar M. (2011), « Santé au travail : quand le management n'est pas le problème mais la solution », *Revue française de gestion*, 2011/5, n°214, pp. 89-105
- Detchessahar M. (2013), « Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, 1, 19, p. 57-80
- Detchessahar M., Gentil S., Grevin A., Stimec A. (2015), « Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? Réflexions méthodologiques à partir de l'intervention dans une clinique », *@GRH*, n° 16, p. 63-89.
- Drevet B. (2011), « Construire un outil de contrôle au sein des organisations publiques : une opportunité au développement d'un nouveau mode d'action », *Management International*, 15(4)
- Durand S., Baret C., Krohmer C. (2018), « La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention : le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public », *RIMHE*, 2018/1, n°30, p. 3-28
- Edey-Gamassou C., Bouville G., Chakor T., Peze S., Moisson V. (2018), « Gestion des ressources humaines et santé au travail : science de l'action ou de la réaction ? », *PISTES*, 20, 1.
- Forgues B., Vandangeon-Derumez I. (2007), « Analyses longitudinales », chap.15, pp.439-465 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007
- Gilbert P. (1997), *L'instrumentation de gestion*, Economica, Paris
- 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, Avril 2011
- Gollac M., Castel M.-J., Jabot F., Presseq P., (2006), « Du déni à la banalisation. Note de recherche : Sur la souffrance mentale au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, N°163, pp. 39-45
- Gorget J. (2016), « À la recherche de la méthode de management qui réduit les risques psycho-sociaux pour augmenter la performance. Le cas concret d'une grande entreprise industrielle », 2016/2, N°113, p. 89-112
- Grenier C., Josserand E. (2007), « Recherches sur le contenu et recherches sur le processus », chap.5, pp.107-139 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007
- Grimand A. (2006), « L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ? »; Saint-Etienne : Presses Universitaires de Saint-Etienne.
- Grimand A., Glaisner J., Grevin A. (2017), « Un travail à soi. Pour un management de l'appropriation du travail », *@GRH*, 2017/2, n°23, p.95 à 119

- Hatchuel A. (1996), « Coopération et conception collective. Variété et crise des rapports de prescription » In Terssac G.(de), Friedberg E. (dir.). *Coopération et conception*. Toulouse : Ed. Octarès, p. 102-121.
- Jaffrès E., Thaller R. (2009), « Une lecture « politique » des risques psychosociaux. Remettre le travail au cœur des rapports de force », *Droit d'alerte - La lettre d'information de CIDECOS*, Octobre 2009, p.1-7
- Karasek R. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, Volume 24, pp. 285-308
- Lhuilier D. (2010), « Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N°2, pp. 11-28
- Loriol M., Boussard V., Caroly S. (2006), « La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. Le cas des policiers de voie publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/4, n° 165, p. 106-113
- Mendez A. (dir) (2010), *Processus : concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2010
- Mendez A. (2012) « Des méthodes longitudinales aux méthodes processuelles : réinternaliser les temps dans les analyses », pp. 911-913 in Allouche R., *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, 3e édition, Vuibert, 2012
- Mias A. (2010), *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Ellipses Édition Marketing, coll. « La France de demain », Paris
- Moscovici S. (1969), « Préface » in Herzlich C., *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions Mouton, 1969
- Murphy L.R. (1988), « Workplace Interventions for Stress Reduction », in *Causes, coping and consequences of stress at work*, C.L. Cooper, R. Payne, p. 301-342, Wiley, Sons, Chichester.
- Neveu J.-P. (2012), « Pour repenser la relation travail-santé psychologique : La théorie de la préservation des ressources », in Abord de Chatillon E., Bachelard O. et Carpentier S. (Eds.), *Santé et sécurité au travail : une perspective gestionnaire*, Paris, Vuibert-Collection AGRH, 2012
- Oiry E. (2012), « La conception des instrumentations de gestion RH : l'apport du concept de rapport de prescription », *@GRH*, 2012/4, N°5, p. 11-44
- Omnès C. (2006), « Le risque professionnel », *Revue française des affaires sociales*, 2006/4 n°4, p. 173-187
- Pettigrew A. (1992), « The character and significance of strategy process research », *Strategic Management Journal*, Vol.13, pp.5-16
- Pichault F. (2013), *Gestion du changement. Vers un management polyphonique*, Bruxelles, De Boeck.
- Quick J.C., Murphy L.R., Hurrell J.J. (1992), « The value of work, the risk of disease, and the power of prevention », in *Stress and well-being at work: assessments and interventions for occupational mental health*, eds J.C. Quick, L.R. Murphy, J.J. Hurrell, p. 3-13, American Psychological Association, Washington.
- Reynaud J.D. (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1989.
- Sainsaulieu R. (1988), *L'identité au travail*, Paris, Collection Références, Presses de Sciences Po, 1988.
- Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, Volume 1, N°1, pp. 27-41
- Vaujany F.X. (de) (dir.) (2005), *De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, EMS, Paris.
- Villette M. (2003), *Sociologie du conseil en management*, Paris, Éditions La Découverte, 2003
- Yin R. K. (1991), *Case studies research : design ans methods*, Newbury Park, Sage Editions, 1991
- Yin R. K. (2003), *Case studies research : design ans methods*, Newbury Park, Sage Editions, 3^e édition, 2003
- Zawieja P., Guarneri F. (2014), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions Seuil, 2014