UNIVERSITE LUMIÈRE LYON 2
École Doctorale : Éducation, Psychologie, Information Communication (ED 485)
Institut de Psychologie
Laboratoire : Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163)

LA PRISE EN COMPTE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX PAR LES MANAGERS

Les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

THÈSE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL

Par Annie DEBARD
Sous la direction de Philippe SARNIN

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2015

Membres du jury :

Brigitte ALMUDEVER	Professeure des universités, Université de Toulouse Jean Jaurès, Rapporteuse.
Yves CLOT	Professeur des universités, CNAM Paris, Rapporteur.
Pierre Sébastien FOURNIER	Professeur agrégé, Université Laval – Québec, Examinateur.
Annick HOUEL	Professeure des universités émérite, Université Lyon 2, Examinatrice.
Philippe SARNIN	Professeur des Universités, Université Lyon 2, Directeur de thèse.

À Odette et Louis, mes parents

À Lou, Sacha et Soham, mes petits enfants

Remerciements

Si l'écriture d'une thèse est un travail solitaire, cette recherche est œuvre collective ; elle appartient à ma communauté professionnelle avec qui j'ai « co-élaboré ».

Je remercie Philippe Sarnin, mon directeur de thèse pour sa patience et son attention sans faille au cours de ces années. Son soutien a été essentiel pour l'aboutissement de ce travail.

Mes remerciements s'adressent aux membres du jury, traits d'union entre la connaissance qu'ils apportent et leurs actions pour soutenir la recherche.

Merci aux chercheurs de l'Université Lyon 2 et aux doctorants et plus particulièrement à Sabrina Rouat, Marc Éric Bobillier-Chaumon, Élise Vinet, Bruno Cuvillier, Sabine Suarez, Nadège Guidou, Florence Cros, Xavier Mabire. On ne sait jamais ce qu'on donne et vous m'avez donné plus que vous imaginez aux moments clés de ce travail.

Merci à mes collègues, si proches, mes Amies Dans Le Bien selon Jollien, mes « fils à plomb du métier » : Christine Faure Patras, Carole Charras mais aussi Mathilde Montabonnel, Renée Chaboud, Joëlle Arsac.

Un merci particulier à Thierry Gaubert pour nos échanges et, plus particulièrement, pour nos éclats de rire lorsque nous avons « baptisé » « boussole du métier », le concept psychologique du métier sur une aire d'autoroute entre Lyon et Strasbourg.

Je remercie mes professeurs qui m'ont accompagnée à « être » la professionnelle que je suis : Jacques Laporte, Michel Cornaton, Michèle Grosjean, Annick Houel, Claudine Vacheret, Michel Debout, Pierre Marc Anthonioz.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à Henri G., pour sa confiance et son soutien qu'il a su manifester de tant de façons subtiles. Merci aussi à Laurence N., Martine C., Marie J., Françoise B., Valérie P., Marc M.. Merci à vous toutes et tous, « encadrants d'équipes » et plus particulièrement Christine ZT, Sandra V, Bernard P, Marie, Agnès, Amandine, Ghislaine(s), Ariane, Monique, Marie Pierre, Nelly, Maryse, Françoise, Marie Jo, Brigitte, Émilie, Delphine et tant d'autres avec qui nous avons partagé sur votre métier et les émotions qui le traversent. Merci aussi à vos équipes.

Je souhaite également remercier mes amis, et pardon à ceux que je ne cite pas, vous avez tous été si présents au cours de ces années d'études et de recherches : Anie et Nigel pour votre « énergie », Solveig, pour sa patience dans la relecture, Yvette, Jacques, Angélique, L'O, Marie, Rita, Rose… et bien d'autres. Sans vous… Impensable.

Un immense merci à ma famille qui a su composer avec mes absences (autant physiques que psychiques). Mes enfants, Claire et Matthias, mi-amusés, mi-moqueurs et toujours intéressés par les débats sur mes travaux. Merci à Charlotte, ce travail de recherche a souvent inversé les rôles « normés » dans le soutien. Merci à mes sœurs, mon frère, beaux et belle, mes nièces, mes neveux, mes beaux-parents, Femmes et Hommes debout dont je suis si fière. Merci à Camille et Pierre qui savent mettre si

simplement leurs compétences au service de tous. Merci à Myrielle, Jean Michel et Jean François, la vie ne nous a pas donné souvent l'occasion du partage.
Mais l'impossible à dire appartient à Jean Luc, mon Compagnon de Cœur, lui seul sait que sans lui pas une seule ligne de ce travail ne serait écrite. « Sache que je ».
J'ai tant à remercier ; mais les derniers mots appartiennent à Lou, ma petite fille de cinq ans, qui a déplacé ce long travail de thèse : « Tu vois, c'est comme toi mamy : quand j'aurais fini toutes mes écoles je choisis danseuse. Toi, quand tu finis toutes tes écoles, tu choisis mamy. ». Que transmettons-nous ? Merci aux « chercheurs intervenants » à venir.

Table des matières

INTRODUCTION : Contexte de la thèse et premiers questionnements 1

PARTIE 1 : LES LIENS ENTRE LA SANTÉ AU TRAVAIL ET L'ACTION DES ENCADRANTS..... 7

1.1. Les risques psychosociaux : une notion opérante pour comprendre et développer les liens entre la santé et l'action des encadrants ? 10

1.1.1. La difficile recherche de définition de la notion de risques psychosociaux ... 11

1.1.2. Les risques psychosociaux et le risque de l'hygiénisme 26

1.1.3. Un enjeu pour la prévention des risques psychosociaux : dépasser la vision pathogène du travail..... 29

1.2 Les ressources psychosociales pour prévenir la santé au travail 42

1.2.1. Les ressources du travail issues des modèles du stress..... 43

1.2.2. Les ressources du métier..... 58

1.2.3. La santé au travail : pour une « Santé Vivante » au travail 67

1.3. L'action des encadrants en santé au travail 73

1.3.1. La fonction d'encadrement..... 75

1.3.2. Les leviers d'action managériaux en santé au travail 87

1.3.3. Le management par la discussion 91

1.4. Cadre conceptuel et formulation des hypothèses de recherche 98

1.4.1. Cadre conceptuel 99

1.4.2. La formulation de nos hypothèses de recherche 101

2. PARTIE 2 : LA METHODE DE RECHERCHE 105

2.1. Le cadre épistémologique 108

2.1.1. Une intervenante/chercheure en santé du travail 109

2.1.2 Une chercheure/intervenante en santé du travail 111

2.2. Le cadre méthodologique..... 113

2.2.1. La construction de notre objet de recherche 114

2.2.2. Nos outils de recherche..... 123

3. **PARTIE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS** 152

3.1. ÉTUDE 1 : La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants..... 156

3.1.1. Les représentations des encadrants sur les risques psychosociaux..... 161

3.1.2. Résultats du diagnostic des situations perçues comme risques psychosociaux par les encadrants 167
3.1.3. Les ressources formatives et les soutiens sociaux des encadrants pour prendre en compte les risques psychosociaux 195
3.2. ÉTUDE 2 : Le Système des Ressources Psychosociales du métier et sa dynamique par la discussion du travail 206
3.2.1. Construction d'un Système des Ressources Psychosociales du Métier à partir des représentations des encadrants sur leurs actions visant la santé au travail 208
3.2.2. La discussion : un outil à destination des encadrants pour favoriser la dynamique du métier 237
3.2.3. L'action des encadrants dans la dynamique du Système des ressources psychosociales du métier 238
3.3. ÉTUDE 3 : Les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail .. 242
3.3.1. Une recherche-action pour tester des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail 245
3.3.2. Analyse des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail .. 280
3.3.3. Analyse des représentations sociales sur l'action des encadrants en santé au travail 323
3.3.4. Évaluation du développement de la santé des équipes 332

4. **PARTIE 4 : DISCUSSION** 343
4.1. Les apports de la recherche 344
4.1.1. Les encadrants face aux situations de risques psychosociaux 345
4.1.2. Les espaces de discussion : un enjeu pour soutenir la santé des équipes 346
4.1.3. L'encadrant, « acteur majeur » de la santé de ses équipes 350
4.1.4. Le management par la discussion et ses limites 353
4.2. Les limites de la recherche 356
4.2.1. Les conditions de l'engagement des cadres dans la prise en compte des risques psychosociaux 356
4.2.2. Les forces et les limites d'un management par la discussion 357
4.2.3. Les limites de nos outils de recherche 361
4.3. Recul et confrontation avec la théorie 367
4.3.1. Le concept psychologique du métier : le transpersonnel 367
4.3.2. Le concept de management par la discussion : les espaces de discussion 372
4.4. Discussions sur le métier de psychologue du travail et des organisations 374

BIBLIOGRAPHIE 381
Table des figures et tableaux 407
Table des figures 407
Liste des tableaux 408

ANNEXES I

Annexe 1 : Questionnaire proposé aux encadrants en situation de formation sur la prévention des risques psychosociaux..... II

Annexe 2 : Recueil de situations perçues par les encadrants comme des risques psychosociaux ……..IV

Annexe 3 : Programme de formation des Ecoles de cadres de santé X

Annexe 4 : Synthèse de la phase 2 sur les espaces de discussion par métier.....XVII

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction utilisé pour évaluer le développement de la santé des équipes..... XXV

INTRODUCTION : Contexte de la thèse et premiers questionnements

Les évolutions profondes du monde du travail durant ces dernières décennies ont rendu centrale la question de la prévention des « risques psychosociaux » au point de s'imposer dans le débat social. De nombreux auteurs parlent de ces évolutions du monde du travail : concurrence accrue, adaptabilité au marché économique, programmes de restructuration, intensification du travail et des nouvelles technologies (Volkoff, 2005 ; Molinier, 2006a ; Ughetto, 2007 ; Castel, 2009). Ces mêmes auteurs, et d'autres avec eux, ont démontré leurs conséquences négatives sur la santé physique, mentale et sociale des salariés (Davezies, 1993 ; Gollac & Volkoff, 2000) mais également sur les équipes de travail (Aubé et coll., 2006 ; Lhuilier & Litim, 2010 ; Caroly, 2010) et la santé économique des entreprises (Chanlat, 1990 ; Abord de Chatillon, 2003 ; Askenazy et coll., 2006). La problématique des risques psychosociaux s'est imposée aussi bien dans les disciplines épidémiologiques (Miossec & Clot, 2011) qu'auprès des acteurs de l'entreprise (Douillet, 2013) sans que celle-ci ait été clairement définie. Depuis une dizaine d'années, une représentation commune des risques psychosociaux s'est peu à peu construite, sans parvenir à être reconnue comme un concept. Le lien entre risques psychosociaux et problèmes de santé n'est plus à démontrer.

Á la fin des années 1990 et début 2000, en France, cette problématique a acquis une forte visibilité médiatique sur la scène politique et sociale (Rapports du Conseil Économique et Social en 1998 sur les situations de violences dites externes et en 2001 sur le harcèlement moral qui a conduit à l'introduction des notions de harcèlement moral et de santé mentale dans le Code du Travail français). Les médias ont relayé différentes situations de violences, de harcèlements puis de suicides « au travail ». Ainsi, les instances françaises participant à la diffusion du savoir sur ces questions de conditions et de risques dans le champ du travail ont décrit les risques psychosociaux à partir de situations de stress et de violences au travail (dont le harcèlement). L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) élabore et diffuse des documents à destination des acteurs de l'entreprise : médecins du travail, dirigeants, préventeurs (« Comment détecter les risques psychosociaux en entreprise ? », ED 6086 ; « Dépister les risques psychosociaux », ED 6012). Les accords nationaux se sont appuyés sur la définition des risques psychosociaux à partir des situations : en 2008, les partenaires sociaux ont signé un accord national interprofessionnel sur le stress puis sur les violences au travail, dont le harcèlement, en 2010.

Or, aujourd'hui, alors que la phase de sensibilisation semble acquise dans la plupart des entreprises (Douillet, 2013) et que les connaissances se précisent, des questions restent posées sur les processus d'intervention en entreprise afin de préserver la santé des salariés. « La conjugaison de l'action et de la connaissance reste un problème dans nos domaines

d'intervention » (Clot, 2008, p.31). Aussi, même si les risques psychosociaux sont reconnus comme un risque professionnel, ils restent un risque à traiter de manière particulière (Lanouzière, 2011).

Sous la pression des enjeux juridiques, sociaux et économiques, les dirigeants d'entreprise élaborent des plans d'action visant la prévention des risques psychosociaux. Or, depuis le rapport Lachman, « Bien être et performance », en 2010, les encadrants sont désignés comme « les premiers acteurs de la santé ». Déjà, en 2008, Dabb avait publié un rapport cherchant à préciser les compétences nécessaires à un encadrant pour manager la santé au travail (risques physiques et psychosociaux). Aujourd'hui, les plans d'action des entreprises dont nous avons connaissance priorisent la formation des encadrants de proximité sur la prévention des risques psychosociaux. Or, une recherche menée par l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail met en question la qualité et la pertinence de ces formations à destination des encadrants (Journoud & Pezé, 2011). Ces chercheurs ont étudié les parcours de formation proposés aux encadrants. Ils restent sceptiques sur les dispositifs de formation et les acquis en termes de compétences. Ainsi, s'il semble évident aux chercheurs et aux dirigeants que les encadrants sont au cœur de la santé au travail des salariés et des équipes, les compétences à acquérir et la manière de les développer restent une question aujourd'hui.

L'enquête SORG (Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines) a exploré cette question. Elle nous démontre que, si les managers peuvent être considérés comme des acteurs de la santé au travail de leurs équipes, les contraintes et l'évolution des activités des encadrants ne leur permettent pas de remplir ce rôle en les éloignant de leurs équipes.

De notre point de vue, la problématique des risques psychosociaux interroge et fait bouger le positionnement des encadrants de proximité dans l'animation des équipes (Sarnin & Debard, 2008). Elle réinterroge leur métier ; elle redessine les contours de leurs missions et instaure de nouvelles exigences envers les équipes et les salariés qui les composent. Si nous partons du postulat que les encadrants de proximité ont un rôle majeur dans la dynamique de la santé de leurs équipes, nous souhaitons comprendre quels sont leurs leviers d'action ainsi que les processus et dispositifs formatifs qui peuvent leur permettre de se positionner comme acteurs de la santé au travail de leurs équipes.

Notre recherche interroge la place et le rôle de l'encadrant de proximité comme acteur de la santé au travail et les processus soutenant l'action des encadrants sur l'objet de la santé au travail. Nous avons pour objectif d'enrichir les connaissances sur le plan théorique mais également dans le champ des interventions sur les risques psychosociaux auprès des encadrants en essayant de répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les contraintes et les ressources permettant à un encadrant de proximité de favoriser la santé au travail de ses équipes ?
- Quels sont les liens entre la santé au travail et la fonction d'encadrement ?
- Quels sont les processus d'apprentissage visant à renforcer les liens entre la santé et l'action des encadrants ?

Pour répondre à ces questions, nous avons interrogé la littérature en Sciences Sociales et plus particulièrement le courant de la Clinique de l'Activité afin de comprendre les liens entre l'action des encadrants et la santé au travail.

Nous avons abordé notre recherche par la notion de « risques psychosociaux » puisque le titre déposé en 2009 est « la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants ». Or, notre première partie concernant l'état de la littérature fait le constat que cette notion semble peu opérante pour penser la prévention de la santé et les liens avec l'action de l'encadrement de proximité. Aussi, la deuxième partie interroge la notion de « ressources » et elle nous conduit à nous intéresser plus particulièrement au concept psychologique du métier développé par Yves Clot (2008, 2010, 2014). Ce concept ouvre non seulement sur les ressources du métier mais aussi sur les ressources du collectif de travail (Caroly, 2010). Notre troisième chapitre s'intéresse à l'action des encadrants en santé au travail : après avoir exploré la littérature sur la fonction d'encadrement et les actions pour soutenir la santé des équipes, nous nous attacherons au concept de management par la discussion du travail (Detchessahar, 2013) qui apparaît prometteur pour développer les liens entre l'objet de la santé au travail et l'action des encadrants.

Nous pourrons alors résumer nos hypothèses de travail construites sur des postulats théoriques :

- Les risques psychosociaux semblent peu opérants pour développer l'action des encadrants sur l'objet de la santé au travail.
- Aborder la santé au travail par les ressources permet de construire des liens entre la santé et l'action des encadrants.
- Le concept psychologique du métier dynamisé par la discussion permet le développement de la santé des équipes.

Notre deuxième partie est consacrée à la présentation des méthodes qui nous ont permis de tester nos hypothèses de recherche. Trois études ont été menées.

La **première étude** vise à comprendre les ressources et les contraintes des encadrants dans la prise en compte des risques psychosociaux. Á partir d'une intervention formative auprès d'encadrants du secteur de la restauration collective, nous avons recueilli leurs perceptions sur cette notion. Ce matériel nous a permis d'élaborer un **questionnaire** quantitatif. Nous avons recherché la fréquence d'exposition à ces situations perçues comme des risques psychosociaux dans le management de leurs équipes. Nous avons également exploré les ressources formatives qu'ils peuvent mobiliser dans ces situations ainsi que les soutiens sociaux qu'ils sont susceptibles de solliciter. Alors que ce travail se voulait exploratoire au début de notre recherche en 2010 auprès d'encadrants du secteur de la restauration collective, nous avons poursuivi le recueil de matériaux jusqu'en 2014. Lors des premières analyses des données, nous avons été intéressée par les résultats et nous avons questionné des encadrants d'autres secteurs d'activité rencontrés lors de nos formations. 410 questionnaires ont été proposés à des encadrants de secteurs de la Fonction Publique Hospitalière et de la logistique de transport. Cette première étude valide l'intérêt de notre recherche : les encadrants sont exposés à des situations qui peuvent être considérées comme des risques psychosociaux et cette notion apparaît comme peu opérante pour construire des liens entre la santé et l'action des encadrants.

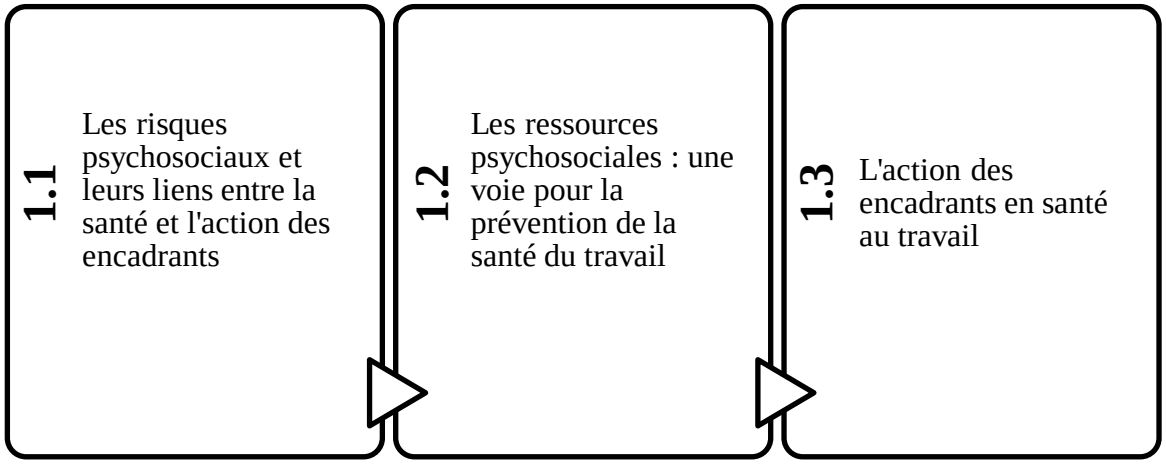
Aussi, notre **deuxième étude** interroge les actions des encadrants sous l'angle des ressources. Pour cela, nous avons recueilli les représentations des encadrants sur leurs actions en santé au travail lors d'une animation formative auprès de 33 groupes d'encadrants de proximité sur le thème de la prévention des risques psychosociaux. Á partir de **focus groups**, 803 idées ont été recueillies et classées avec pour objectif de mettre en évidence un Système des Ressources Psychosociales du Métier dynamisé par la discussion du travail.

Aussi, à partir de ces premiers résultats, notre **troisième étude** a cherché à tester les processus visant à soutenir l'action des encadrants en santé au travail dans le cadre d'une **recherche action**. L'intervention est la mise en œuvre d'un cadre dialogique (Clot, 2008) qui organise des « activités sur l'activité du travail ». En nous appuyant sur les activités proposées dans le cadre d'une recherche action, nous avons engagé les salariés, les encadrants, la direction, les partenaires sociaux et les professionnels en santé au travail dans des activités dialogiques sur le travail. La recherche action correspondait à une demande de la direction dans le cadre d'une restructuration d'un Établissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) composé de 230 agents dont 9 encadrants. Cette action a été menée par deux psychologues du

travail, une psychosociologue, et supervisée par deux chercheurs. Les réunions de travail du comité de pilotage ont été enregistrées. Les réunions de travail des encadrants et des agents ont fait l'objet d'une prise de notes qui a été traitée par l'analyse de la Théorie Ancrée. A partir de ces matériaux, nous avons recherché ce qui avait soutenu et empêché les processus visant l'action des encadrants en santé au travail.

L'analyse de nos résultats constitue la troisième partie de notre travail de recherche. Et la dernière et quatrième partie met en discussion nos résultats. Nous ferons des propositions théoriques sur les liens entre l'objet de la santé au travail et l'action des encadrants soutenue par la discussion du travail. Nous verrons également que notre recherche est venue interroger notre métier de psychologue du travail et des organisations intervenant en santé au travail.

PARTIE 1 : LES LIENS ENTRE LA SANTÉ AU TRAVAIL ET L'ACTION DES ENCADRANTS



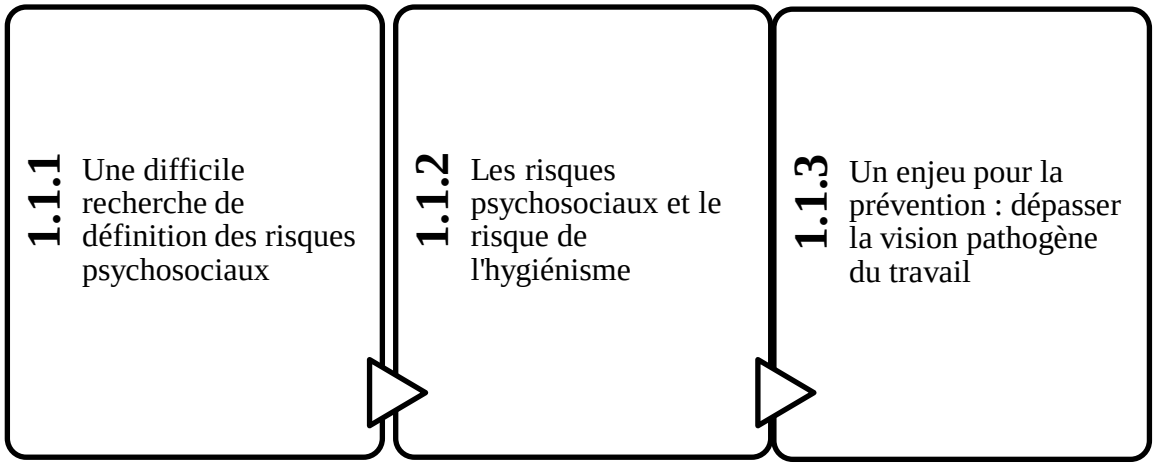
Notre recherche a débuté avec une interrogation : comment les encadrants prennent-ils en compte les risques psychosociaux ? Dans un premier temps, nous avons tenté de cerner la notion de risques psychosociaux étudiée dans la littérature. Nous montrons le manque de clarté de cette notion apparue à la suite de travaux mettant en évidence la souffrance au travail (Lhuilier, 2011 ; Giust-Desprairies et coll., 2010 ; Van Wassehove, 2014). Puis, nous aborderons le risque de l'hygiénisme (Clot & Gollac, 2014) qui pèse sur les attentes vis-à-vis des encadrants en santé au travail avant de proposer de dépasser la vision pathogène du travail pour envisager la prévention des risques psychosociaux. Ce premier chapitre cherche ainsi à démontrer les limites de la notion de risques psychosociaux, sa prise en compte par les encadrants et celle de la prévention de la santé au travail des équipes. Les notions de bien-être et de qualité de vie au travail seront interrogées avant de traiter la conflictualité du travail et ses ressources.

Aussi, nous avons choisi d'aborder la question des liens entre l'objet de la santé et l'action des encadrants sous l'angle des ressources. Notre deuxième chapitre s'intéresse donc aux ressources que nous explorerons dans les modèles du stress (Karasek & Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996 ; Lazarus & Folkmann, 1984 ; Hobfoll, 1989). La question du collectif de travail comme ressources psycho-sociales est un axe de recherche qu'il nous a semblé important d'analyser. Mais nous nous sommes plus particulièrement intéressée aux ressources potentiellement présentes dans les quatre dimensions du concept psychologique du métier de Clot (2008, 2010, 2011, 2014 ; Lhuilier, 2010 ; Miossec, 2011). Et outre les ressources que nous avons définies comme les moyens de développer sa santé, nous avons consacré une partie de notre étude à la définition de la santé (Canguilhem, 1966 ; Roche, 2014). Nous proposerons le terme de « santé vivante » pour définir une santé inscrite dans le pouvoir d'agir (Clot, 2008).

Ces différentes approches nous permettent d'interroger alors l'action des encadrants et ses liens avec le développement de la santé au travail. Nous étudierons la fonction d'encadrement telle qu'elle est présentée par les auteurs avant d'explorer les leviers d'action issus des travaux sur les risques psychosociaux et plus précisément sur le stress. Nous présenterons ensuite un courant de pensée et d'action qui s'oriente aujourd'hui vers un management par la discussion pour prévenir les risques psychosociaux. Nous proposerons la discussion du travail comme un outil pour dynamiser les ressources psychosociales du métier afin de développer les liens entre l'objet de la santé au travail et l'action des encadrants.

Différents postulats extraits de l'analyse de la littérature sur les liens entre la santé des équipes et l'action des encadrants nous permettront de poser nos hypothèses de recherche qui seront présentées en fin de cette première partie.

1.1. Les risques psychosociaux : une notion opérante pour comprendre et développer les liens entre la santé et l'action des encadrants ?



Notre recherche a débuté en 2009. Il nous semble important de le préciser car les représentations de la notion de « risques psychosociaux » ont évolué ces dernières années en France. Nous souhaitons en rendre compte dans la première partie de ce chapitre. En effet, il semble que l'émergence de la notion de risques psychosociaux s'est construite sur les questions de souffrance au travail, sous l'angle de pathologies individuelles liées au travail et ceci dans les années 1990. C'est après le début des années 2000 que nous voyons apparaître dans la littérature des recherches portant sur des pathologies du travail. Cet état des lieux de la littérature sur la notion de risques psychosociaux nous permettra de démontrer les impasses de cette notion et ce qu'elle a produit auprès des encadrants. Aussi, dans une troisième partie, nous choisirons d'explorer ce que nous propose la littérature sur le travail vu comme vecteur de la santé. Ceci nous permettra de clarifier les notions de santé, de bien-être et de qualité de vie au travail.

En prenant la voie des ressources psychosociales pour penser l'action des encadrants en santé au travail, nous avons cherché à modifier le regard sur leurs actions mai aussi à élargir le champ des possibles en ce qui concerne les actions soutenant la santé des salariés et des équipes.

1.1.1. La difficile recherche de définition de la notion de risques psychosociaux

L'émergence de la notion de « risques psychosociaux » dans le langage courant à partir des suicides au travail

Depuis plusieurs années, la montée des préoccupations autour de la notion des Risques PsychoSociaux ne cesse de s'affirmer, tant sur la scène politique que dans le champ de la prévention des risques professionnels dans les entreprises. Cet intérêt semble en lien avec les mutations profondes du monde du travail. Celles-ci sont analysées par de nombreux chercheurs, sociologues et économistes, qui mettent en évidence les fractures suivantes :

- L'évolution des formes d'organisation du travail (Boltanski & Chiapello, 1999 ; Gaulejac de, 2011)
- L'intensification du travail (Gollac & Volkoff, 2006 ; Bouffartigue, 2001 ; Beaujoint-Bellet, 2004)
- La progression de l'insécurité économique (Linhart, 2002 ; Castel, 2009)

En parallèle à ces recherches, différentes enquêtes font le lien entre ces transformation du monde du travail et leurs impacts délétères sur la santé des salariés. L'enquête de la DARES, réalisée tous les 5 ans depuis 1978 et commanditée par le Ministère du Travail, montre une aggravation constante des contraintes organisationnelles depuis trente ans. Les transformations de l'organisation du travail se manifestent notamment par une évolution du pilotage par l'aval. La réactivité des entreprises face à la concurrence demande de s'adapter aux demandes du marché. Cela se traduit concrètement par une augmentation significative depuis 1984 du nombre de salariés déclarant leur rythme de travail imposé par une demande extérieure. Nous notons une évolution de 28.3 % à 53.2 % entre 1984 et 2005 ; le pourcentage est de 66 % en 2012. Si la performance tient en grande partie aux capacités d'adaptation de l'organisation, Davezies (2014) en déduit que cette évolution était potentiellement positive en favorisant l'engagement des salariés par de plus grandes marges de manœuvre et une diversité dans le travail. Or, contrecarrant les possibilités de créativité, la montée des normes de gestion a cadré le travail : les chiffres publiés par la DARES (2014) montrent qu'en 2010, 73 % des salariés doivent respecter des « normes de qualité précises », 71 % réalisent une « auto-évaluation de la qualité de leur travail alors que 57 % réalisent des « tâches complexes ».

Ces transformations de l'organisation du travail ont eu de fortes répercussions sur les activités des encadrants de proximité. Accaparés par les normes de gestion, ils sont moins présents sur la scène du travail (Detchessahar, 2013). « Les salariés ont découvert avec étonnement qu'ils pouvaient être encadrés par des chefs qui ne connaissaient pas leur travail » (Davezies, 2014, p.2). Les chiffres de la DARES font état de ce désengagement managérial. Plus que dans d'autres pays européens, 20 % des salariés français déclarent n'être jamais ou rarement soutenus par leur supérieur (6 % en Irlande). L'enquête européenne (Eurofound 2010) signale que 80 % des travailleurs européens doivent résoudre par eux-mêmes des problèmes imprévus. Dans ce contexte, demander aux encadrants de proximité de prendre en compte les risques psychosociaux revient à rajouter une prescription dont ils peuvent ne pas percevoir le sens. Toutefois, les recherches et les enquêtes montrent la dégradation de l'état de santé des salariés qui n'est pas sans conséquence sur l'atteinte des performances qui leur sont demandées. (Delobbe, 2009).

Les enquêtes ont également participé à une prise de conscience de l'effet des conditions d'organisations du travail sur la santé des salariés. En 2009, l'enquête Samotrace (programme de surveillance sur les troubles de la santé mentale selon l'emploi, développé par le département

santé travail de l'Institut de veille sanitaire, ministère de la Santé) confirme l'importance des « symptômes dépressifs et anxieux » que les médecins du travail pressentaient ou avaient décelés de façon éparse dans différents secteurs (Bissuel, 2009). 37 % des femmes et 24 % des hommes interrogés par cette enquête expriment un « mal être ». Le GHQ-28 (General Health Questionnaire) identifie des symptômes dépressifs et somatiques, des troubles anxieux et des difficultés au niveau du comportement social.

Dans ce contexte, la notion de « risque psychosocial » apparait très progressivement dans la littérature populaire. C'est à partir d'événements dramatiques, venus percuter de grandes entreprises françaises, que la notion de risque psychosocial va s'inscrire dans le langage courant. Entre 2007 et 2008, des signaux alarment les entreprises et la société civile. Les drames des suicides sur le lieu de travail (ou pressentis comme ayant pour origine le travail) touchent de grandes entreprises françaises comme le Technocentre de Renault Guyancourt, l'Usine PSA de Mulhouse, EDF, IBM, France Télécom pour citer ceux qui ont fait la « Une » des presses nationales. Robatel (2009) a réalisé une étude dans la presse écrite, toutes catégories (nationale, locale, quotidiens, magazines, AFP) entre 1993 et 2009 sur les occurrences des termes de stress et de risques psychosociaux. Elle constate l'émergence du thème du stress lié au travail dans la presse avant celui de risques psychosociaux. En 1993, elle relève moins de 5 occurrences et toujours moins de 10 à la fin des années 1990 sur le thème du « stress au travail ». Entre 1996 et 2000, les occurrences vont passer de 3 à 13. Á partir de 2000, l'expression « risques psychosociaux » apparaît mais elle reste moins utilisée que le terme de « stress » tout au long de la période étudiée. Par contre, lorsque la presse fait écho de situations professionnelles dramatiques, les occurrences vont passer à 169 en 2007 et à 326 en 2008.

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur la capacité opérante de ce terme auprès des encadrants. Et notamment, va-t-il permettre de faire le lien entre les évolutions du monde du travail, la santé des salariés et le rôle de l'encadrement ?

Les risques psychosociaux, une notion qui mêle et entremêle les facteurs de risques et les conséquences sur la santé

Dans la littérature scientifique, alors que le concept de « stress au travail » fait l'objet de nombreuses études depuis Karasek (1979), la notion de « risques psychosociaux » n'est pas

reconnue comme un « concept scientifique » (Vallée, 2008). Sa définition va faire progressivement l'objet d'un consensus social, mêlant les facteurs de risques (en termes de situations de travail) et les conséquences sur la santé ; ce qui ne va pas faciliter sa clarification.

Lors de la conférence tripartite sur les conditions de travail d'octobre 2007, le ministre du travail français, Xavier Bertrand, définit les risques psychosociaux : « Les risques psychosociaux recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés : stress, harcèlement moral, violences… Ces risques peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que des dépressions, des maladies psychosomatiques, des problèmes de sommeil, mais aussi favoriser les troubles musculo-squelettiques, les maladies cardio-vasculaires, des accidents du travail… Ils se situent à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle. Les risques psychosociaux sont d'autant plus difficiles à aborder au sein d'une entreprise que leur origine est multifactorielle. La nature et l'origine de ces risques placent l'organisation du travail et le dialogue social au cœur des mesures de prévention. »

En Suisse, la Commission Universitaire pour la santé et la sécurité au travail Romande oriente d'abord la définition des risques psychosociaux au cœur des relations professionnelles avant de mêler causes et conséquences sur la santé : « Les risques psychosociaux sont liés aux relations humaines au travail et découlent de l'interaction entre des individus et de l'interaction des individus avec leur travail. Ils recouvrent les risques rencontrés dans la sphère professionnelle pouvant porter atteinte à la santé mentale des individus, voire à leur intégrité physique et ayant des causes diverses : sentiment de responsabilité éprouvé, organisation et conditions d'exercice du travail, exigences d'attention ou encore relations entre des personnes et tensions susceptibles d'en découler. »

Nous pourrions multiplier les définitions qui ont été données des risques psychosociaux dans les différents pays européens. Toutefois, nous constatons qu'elles mettent d'abord en évidence les pathologies individuelles. En France, l'Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail, en 2005, définit les risques psychosociaux à partir des « troubles » (donc les conséquences sur la santé) : « Le trouble peut-être caractérisé par l'apparition chez une ou plusieurs personnes de signes plus ou moins perceptibles qui, faute d'attention, peuvent progressivement s'aggraver jusqu'à devenir pathologiques. Il y a trouble lorsqu'un ou plusieurs déséquilibres sont constatés chez les salariés qui se traduisent par les manifestations suivantes : stress, mal-être, inquiétude… Ces manifestations peuvent se développer sous des formes aggravées : angoisse, souffrance, dépression… Elles peuvent donner lieu à différents types de

comportements : agressivité, comportements violents, comportements d'addiction…Ces risques peuvent paraître difficiles à appréhender parce qu'ils touchent d'une part à l'aspect psychologique de la santé des personnes au travail et parce que l'on considère qu'ils trouvent leur source dans plusieurs causes externes et internes à l'entreprise, individuelles et liées à l'environnement de travail. »

Les chercheurs eux-mêmes vont avoir des difficultés à clarifier la notion de risques psychosociaux en dehors des conséquences négatives sur la santé : « Les risques et les troubles psychosociaux sont définis comme des déséquilibres constatés chez les salariés, qui se traduisent par des manifestations telles que le stress, le mal-être et l'inquiétude. Avec un développement possible sous forme d'angoisse, de souffrance et de dépression, avec des comportements comme l'agressivité ou les comportements d'addiction : alcool, drogue…» (Dakhlaoui, 2011).

Le flou des définitions va avoir des conséquences sur les perspectives de prévention. Ainsi, en 2002, le Bureau International du Travail a mis en place un programme de prévention des risques psychosociaux à destination des acteurs de l'entreprise (formation/action pour les dirigeants, partenaires sociaux et encadrants) : le programme SOLVE. Tout en démontrant leur interactivité, les risques psychosociaux ont été découpés en cinq thèmes : le stress, les violences au travail, la drogue, le tabac et le VIH Sida. (Ce dernier thème s'explique par la volonté du Bureau International du Travail d'implanter ce programme dans les entreprises des régions africaines fortement touchées par le virus.) L'approche des risques psychosociaux est principalement abordée sous l'angle individuel, même si le programme de formation comprend un volet « politique » afin d'inciter les participants à une démarche globale de prévention. Les préconisations en termes d'actions restent également individuelles avec la formation des individus notamment. Le nouveau programme SOLVE, repris en 2011, ne clarifie pas le terme de risques psychosociaux mais rajoute des thèmes comme : le stress économique, les problèmes de sommeil, de nutrition, d'activité physique, Il est possible que cette confusion entre facteurs et conséquences sur la santé ait participé à la difficulté de diffusion du programme SOLVE auprès des entreprises occidentales. La notion de « risques psychosociaux » résiste à une définition claire et « les travaux s'inscrivant dans cette thématique restent assez peu nombreux même si la discussion est maintenant engagée entre plusieurs perspectives. » (Miossec & Clot, 2011).

Devant le flou de la notion, des chercheurs ont tenté de distinguer les facteurs de risque et les conséquences sur la santé : « Les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail

désignent l'ensemble des facteurs organisationnels et les relations inter-individuelles qui peuvent avoir un impact sur la santé. Les nombreuses classifications des risques psychosociaux au travail identifient un nombre considérable de facteurs permettant de documenter le caractère stressant d'une situation de travail. Il s'agit notamment du contrôle (autonomie, participation, utilisation et développement d'habiletés), de la charge de travail (quantité, complexité, contraintes temporelles), des rôles (conflit, ambiguïté), des relations avec les autres (soutien social, harcèlement, reconnaissance), des perspectives de carrière (promotion, précarité, rétrogradation), du climat ou de la culture organisationnelle (communication, structure hiérarchique, équité) et de l'interaction travail/vie privée. Même si ces classifications se recoupent sur plusieurs points, il n'existe malheureusement pas d'accord entre les scientifiques du domaine sur la façon de définir et de mesurer un environnement psychosocial de travail à risque pour la santé » (Vézina et coll., 2006, p. 32).

Nous constatons que ces auteurs s'appuient sur le modèle du stress pour définir et analyser la notion de risques psychosociaux. Les travaux du Collège d'Expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux, dirigés par Gollac et coll. (2011), marquent une avancée dans la clarification. « Le terme de « risques psychosociaux » au travail ne correspond pas à un concept scientifique précis. Toutefois, l'épidémiologie, notamment, utilise couramment la notion de facteurs de risques psychosociaux. Il y a consensus pour prendre en considération les facteurs de risques organisationnels (incluant les technologies) : caractéristiques de l'organisation et des formes de management, existence de transformations organisationnelles ou technologiques majeures. ».

Sept indicateurs de risques psychosociaux ont été déterminés par le Collège d'Expertise :

- Les exigences excessives du travail : quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail, difficulté pour concilier vie professionnelle et personnelle.
- Le manque d'autonomie : procédures rigides, imprévisibilité du travail, sous-utilisation des compétences, manque de participation aux décisions.
- La charge émotionnelle liée au travail : tensions avec le public, contact avec des situations de souffrance, obligation de cacher ses émotions, peur au travail.
- L'insécurité des emplois et des carrières : insécurité de l'emploi, pénibilité.
- La déficience des rapports sociaux : manque de soutien technique et émotionnel, conflits/harcèlement, défaut de reconnaissance, pilotage déficient du changement.
- Les conflits de valeurs : devoir faire des choses que l'on désapprouve (conflit éthique), ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité (« qualité empêchée »).

Ainsi, la difficulté à cerner la notion de « risques psychosociaux », la confusion entre les troubles et les facteurs, ne facilitent pas la prise en compte de cette problématique par les encadrants de proximité. En effet, sous quel angle peuvent-ils aborder la prévention d'un « risque » mal défini et où la notion de « risque » n'en fait pas une réalité sauf lorsqu'il se traduit par un drame ? Dans le monde de l'entreprise, certainement parce qu'il était trop douloureux de l'envisager autrement, les suicides ont été analysés comme des problématiques personnelles et non comme de potentiels symptômes organisationnels. Ainsi, l'extrait de cet article paru dans le journal « Le Monde », le 17 septembre 2009 est révélateur : « La première urgence, c'est d'arriver à stopper le phénomène de contagion, en finir avec cette mode des suicides », a déclaré Didier Lombard, le PDG de France Télécom, après sa rencontre, mardi 15 septembre, avec le ministre du Travail Xavier Darcos. La direction du groupe a décidé, outre le gel des restructurations jusqu'au 31 octobre (annoncé le 10 septembre), de mettre en place « immédiatement » un numéro vert qui permettra aux salariés de confier leur mal-être à des personnes extérieures au groupe (des psychologues). ». Même si nous reconnaissons ce déni comme mécanisme de défenses des directions, l'externalisation des préconisations auprès de psychologues démontre également leur grille de lecture de ces situations sur le versant de la pathologie individuelle. Nous pouvons alors nous interroger sur la place donnée à l'encadrement dans la prise en compte de ces problématiques. Cette orientation va d'ailleurs conduire cette entreprise à former les encadrants à « détecter » les salariés en risque suicidaire. Dans ce contexte, à la fin des années 2010, en France, la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants de proximité ne va pas de soi. L'émergence de cette notion s'inscrit dans un contexte de drames fortement médiatisés. Aussi, ce qui n'est pas sans conséquence sur les encadrants avec notamment une forte culpabilisation qui apte à bloquer ou rigidifier leur posture. Or, les risques psychosociaux trouvent également leur origine dans le terreau de la souffrance au travail fortement médiatisée également à la fin des années 1990.

Les risques psychosociaux : un ancrage dans la notion de souffrance au travail

Précédant la notion de « risques psychosociaux », le terme de « souffrance au travail » avait prévalu dans le débat public et était confirmé par les recherches dès la fin des années 1980 (Dejours, 1998, 2000 ; Davezies, 2011).

Le courant de la psychopathologie du travail aborde la question de la souffrance au travail depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Différentes études recherchent un lien entre des pathologies mentales spécifiques et l'organisation du travail. Les travaux de Begoin (1957) sur la névrose des téléphonistes et l'étude de Le Guillant (1963) sur la névrose de la gouvernante cherchent à « faire du travail la cause ou l'origine de certaines maladies mentales » (Molinier, 2006a, p. 14). Ces études mettent en évidence diverses pathologies :

- Perte d'intérêt et d'énergie pour les activités extra professionnelles
- Réduction de la vie sociale
- Troubles de l'humeur : irritabilité, agressivité, hyperémotivité, intolérance au bruit et à l'entourage)
- Troubles du sommeil
- Troubles somatiques : digestifs, cardiovasculaires, céphalées.

Malgré la mise en évidence de ces pathologies liées à l'organisation du travail, les travaux de la psychopathologie du travail s'épuisent. La voie de la psychiatrie sociale est abandonnée. Ces études n'apportent « aucune preuve de l'existence d'une psychose du travail. L'hypothèse d'un lien causal entre travail et maladie mentale se révèle fausse » (ibidem, p. 48).

Il faut attendre 1980, à partir des travaux de Dejours, pour qu'un retournement de la question s'effectue : jusqu'alors focalisée versus la maladie, la Psychodynamique du travail s'oriente vers la normalité : comment les gens préservent-ils leur santé dans des organisations délétères ? Outre de nouvelles questions qui ouvrent des perspectives de recherches, ce nouveau courant de pensée permet également de passer d'une expertise psychiatrique concernant la maladie mentale à une approche compréhensive des phénomènes et processus qui conduisent à la santé ou à la souffrance au travail. Les premiers travaux de Dejours identifient deux grands périls psychiques pour les salariés : la peur et l'ennui.

Dans une formation à l'Université Claude Bernard, en 2008, Davezies fait le lien entre l'ennui et l'injonction taylorienne : « ne pensez pas » est-il dit implicitement aux « exécutants »,

l'organisation du travail étant confiée aux organisateurs. Ne pas penser : « dans les premières formulations de « Travail : usure mentale », la souffrance dans le travail commence au moment où elle devient pathogène, c'est-à-dire exactement là où la part créative du travail s'arrête. » (Molinier, 200a6, p. 60) « Quand un travailleur a utilisé tout ce dont il disposait de savoir et de pouvoir sur l'organisation du travail et quand il ne peut plus changer de tâche, ce n'est pas tant l'importance des contraintes mentales ou psychiques du travail qui font apparaître la souffrance (bien que ce facteur soit à l'évidence important) que l'impossibilité de toute évolution vers son allègement. La certitude que le niveau atteint d'insatisfaction ne peut plus diminuer marque l'entrée dans la souffrance. » (Dejours, 2000, p. 78).

Or, dans le contexte économique et organisationnel des entreprises, l'encadrant est confronté à un discours paradoxal dans la gestion de ses équipes. Davezies (2011) rappelle que l'organisation taylorienne a été infléchie au profit d'une adaptation la plus rapide possible à la demande du marché. Pour cela, l'organisation va accorder une plus grande autonomie à l'opérateur pour répondre à cette nécessité économique de flexibilité, alors que, dans le même temps, les contrôles de l'encadrement s'intensifient sur la base de critères quantitatifs déconnectés du travail réel de l'opérateur. Parallèlement à cette situation paradoxale, alors que la créativité pourrait être mobilisée pour répondre à ces injonctions, les espaces de débat ont été réduits : « Dans l'entreprise, cette situation aurait exigé un renforcement de la discussion à tous les niveaux, en vue de construire et de faire évoluer les accords normatifs nécessaires à la coopération. Or, la pression à l'intensification a réduit les espaces de discussion. Il faut aussi constater que les conditions du débat sont très déséquilibrées. La hiérarchie tient un discours dont la structure est à peu près identique d'une entreprise à l'autre et qu'il suffit de paramétrer sur les bases de données locales. Appuyé sur des chiffres et mis en forme par les présentations PowerPoint, il est facile à exprimer et il possède une forte puissance d'impact. » (Davezies, 2011, p. 2)

Le deuxième facteur de souffrance identifié par Dejours concerne la peur. Plusieurs études ont été réalisées sur cette émotion négative dans les secteurs comme le Bâtiment et les travaux publics, le nucléaire, la chimie où l'intégrité physique est menacée. Ces études ont permis de mettre en évidence les stratégies défensives pour faire face à ce qui menace la santé psychique. Lhuilier (2006) précise différents recours face aux épreuves psychiques du travail :

- Les tentatives de transformation de celles-ci dans la réalité

- Les mécanismes de désengagement qui font appel au jugement pour une adaptation à la réalité (Lagache, 1956)
- L'ensemble des mécanismes de défense visant à neutraliser la représentation et/ou l'affect associé.

Par contre, « ces différents recours ne dépendant pas seulement de l'organisation de la personnalité et des ressources psychiques de chaque sujet ; ils sont aussi orientés par les circonstances extérieures et les possibilités offertes d'une transformation ou d'un désengagement. Les ressources ici sont d'ordre matériel et social. (…) Ces stratégies transforment la réalité de l'activité. Elles ne sont possibles qu'avec la coopération, ou au moins l'assentiment des pairs, des collègues de travail. » (Lhuilier 2006, p. 155).

A partir de ces deux grands périls (la peur et l'ennui), la psychodynamique du travail permet non seulement d'inscrire la « souffrance au travail » dans la normalité mais elle nous oriente vers une mise en dynamique de la santé à partir des ressources (créativité, pouvoir d'agir sur son organisation de travail, coopération). Nous constatons également que les auteurs mettent directement en accusation l'encadrement, en tant qu'organisateur du travail. Or, dans cette conjoncture, les risques psychosociaux vont être abordés sous l'angle des situations par les Accords Nationaux Interprofessionnels signés en 2008 et en 2010 sur le stress et les violences au travail, dont le harcèlement. Est-ce une manière de les objectiver ? Est-ce que les « situations » de risques psychosociaux peuvent être plus opérantes pour les encadrants ?

Les risques psychosociaux : une approche par les situations à risque

Á partir d'une lecture chronologique des recherches en santé au travail, nous pourrions écrire qu'avant les risques psychosociaux, il y avait le stress. La recherche de Robatel (2009) nous montre que la notion de stress était plus manifeste dans la littérature que le terme de risques psychosociaux. Aujourd'hui, il semble qu'un consensus social se soit construit autour de la notion de risques psychosociaux à partir de situations à risque psychosocial. Ainsi, l'INRS (Institut National de Recherche sur la Sécurité) a mis en ligne en 2012 les situations de risques psychosociaux :

- Le stress et l'épuisement professionnel
- Les violences internes (commises au sein de l'entreprise par des salariés : conflit, brimades, harcèlement moral)

- Les violences externes (commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise)

Le modèle du stress au travail pour comprendre les risques psychosociaux

Le terme « stress » recouvre plusieurs réalités qui ont été abordées par des chercheurs de disciplines différentes. Aussi, a-t-il été dénoncé comme une manière détournée d'aborder les questions de souffrance au travail dans les entreprises (Davezies, 2001). Le concept de stress a été abordé sous différents angles par les chercheurs depuis les années 1930. Les biologistes (Seyle, 1956) ont démontré les réactions de l'organisme face à toute agression et notamment les impacts physiques comme les affections cardio-vasculaires, de l'appareil digestif, des perturbations du système immunologique. Davezies (ibidem) note, non sans humour, que ces expériences qui s'apparentent à de la torture sur des animaux ont été transposées en tant que telles dans l'entreprise pour parler des contraintes du travail. Mais les études ne remettent pas en cause les résultats de ces recherches sur le fonctionnement humain. Avant que la notion de stress soit étudiée dans le champ du travail, les psychologues ont développés les théories cognitives du stress. Ils ont notamment démontré le caractère subjectif de la perception du stress et de la mobilisation des ressources pour y répondre (Lazarus & Folkman, 1984). Ces recherches vont développer une approche individuelle du stress et associer des comportements à des personnalités. Dans l'entreprise, les formations sur la gestion du stress sont encore fortement influencées par ces travaux. Dans les années 1980, le modèle du stress professionnel émerge des travaux de Karasek et Theorell (1990). Ils rassemblent divers travaux sur le sujet pour construire une architecture conceptuelle. Á partir des exigences du travail (quantité, complexité, contrainte de temps), ces chercheurs vont mettre en évidence un facteur médiateur entre les exigences et les effets sur la santé : le degré d'autonomie du professionnel. Cette autonomie recouvre deux dimensions : la capacité à peser sur les décisions et à choisir le mode opératoire et la possibilité d'expérimenter de nouvelles façons de procéder. Une troisième dimension va être rajoutée au modèle par ces chercheurs : le soutien technique et émotionnel que le professionnel peut recevoir de son entourage professionnel (collègues et/ou hiérarchie). Une autre dimension est issue des travaux de Siegrist (1996) : le modèle « efforts récompenses » qui sera rapidement traduit par la reconnaissance. Alors que le modèle de Karasek fait le lien entre contraintes professionnelles et moyens pour y répondre, Siegrist parle de la rétribution

donnée (ou pas) au salarié face aux efforts que nécessitent les exigences professionnelles. Il décrit trois types rétributions : l'estime, le statut et les gratifications.

Les travaux de ces chercheurs sont toujours d'actualité. Ils restent la base des indicateurs lors de diagnostic sur les facteurs de risques psychosociaux (questionnaire Karasek). Cette approche individuelle du stress au travail est également prédominante. En effet, la définition du stress donnée par l'Accord National Interprofessionnel (2008) est la suivante : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses. »

Aborder les risques psychosociaux sous l'angle du stress semble moins culpabilisant pour un encadrant. Un autre avantage, avec les apports du modèle du stress au travail, des leviers d'actions managériaux semblent se dégager : le soutien, la reconnaissance, l'autonomie. Toutefois, nous remarquons que l'approche est uniquement centrée sur l'individu et sa subjectivité.

Les violences au travail dont le harcèlement moral comme situations de risques psychosociaux

Faisant suite aux préoccupations liées au stress, la problématique des violences au travail s'est imposée dans un temps record dans les années 1990, suite à la médiatisation des agressions vécues par des professionnels en contact avec le public (conducteurs dans les réseaux de transport urbain notamment) et les hold-up (dans le milieu bancaire et le secteur de la grande distribution). Le rapport du Conseil Economique et Social (Debout, 1999) intitulé « Travail, violences, environnements » part du constat qu'un nombre croissant de salariés sont exposés à des situations d'agressions sur leur lieu de travail ou en lien avec leur profession. Or, les liens entre les violences externes et l'organisation du travail sont rarement établis. Dix ans après ce rapport sur les violences externes au travail, l'enquête Sumer (Bué & al.., 2008) signale que « les agressions de la part du public sont fortement associées à une organisation du travail contraignante ». Rythme et charge de travail, manque de moyens, d'informations ou de collègues pour réaliser un travail de qualité sont les facteurs particulièrement relevés. Ces

résultats rejoignent les travaux qualitatifs de la Commission « Violence, travail, emploi et santé » dirigée par Dejours (2007).

En 2001, le rapport du Conseil Economique et Social (Debout, 2001) permet d'énoncer une loi sur le harcèlement moral. Il témoigne de la montée croissante de plaintes de salariés portant sur des situations de tensions relationnelles au sein de l'entreprise, entre salariés, de niveau hiérarchique différent ou pas. Par contre, le succès médiatique du livre de Hirigoyen (1998) a eu pour conséquence une association du harcèlement à la « violence perverse ». Nous avons encore des grilles de lecture de ces situations qui recherchent le « harceleur » et le « harcelé » sans mettre en question l'organisation du travail comme origine de ces tensions relationnelles. Lhuilier remarque que le rapport de 2001 « fait place cette fois à l'organisation du travail et ses évolutions : un investissement personnel plus poussé, compétition et individualisme, autonomie, responsabilisation réalisation des personnes dans leur travail, mais aussi obligation de résultat individuel pouvant favoriser l'éclosion de relations interpersonnelles perverses. » (Lhuilier, 2010, p. 17).
En 2002, la loi oblige les employeurs à préserver la santé physique « et mentale » des salariés (article L 4121-1 du Code du travail). Et, depuis quelques années, la jurisprudence durcit sa position. Cette obligation, qui peut être très coûteuse pour l'entreprise, se répercute sur la ligne managériale, garante de l'organisation.
Toutefois, le terme de « risques psychosociaux » n'existe pas dans la loi. Aujourd'hui, la prévention des risques psychosociaux est devenue une priorité des pouvoirs publics sans qu'aucun texte nouveau ne soit venu fixer un cadre réglementaire à partir duquel orienter l'action. Lanouzière (2011, p. 6) précise : « S'agissant des RPS, nous avons pris l'habitude de dire qu'ils sont un risque particulier qu'il faut traiter comme les autres. Mais il faut s'empresser d'ajouter qu'ils sont aussi un risque comme les autres qu'il faut traiter de manière particulière. »

Alors, comment orienter l'action pour les encadrants dans la prise en compte des risques psychosociaux ? L'approche de cette problématique est essentiellement centrée sur l'individu. Nous avons interrogé les auteurs qui mettent en discussion une éventuelle pathologie organisationnelle.

Les risques psychosociaux : sans lien avec l'organisation du travail ?

Nous avons vu que l'approche des risques psychosociaux demande de dépasser l'approche individuelle des problèmes de santé au travail mais également le lien de causalité trop souvent attribué au lien entre travail et santé. Or, peu d'écrits nous ont permis de faire des liens directs entre les risques psychosociaux et les modifications de l'organisation du travail. « C'est la difficulté que l'ensemble de ces définitions pose à faire le lien entre l'activité, l'organisation du travail et les individus. Il est en effet légitime de se demander « de quoi on parle » quand l'ensemble de ces termes est utilisé. Où est le travail ? » (Manzano, 2011, p.183).

Lhuilier (2009) nous propose une classification des risques psychosociaux en lien avec les changements organisationnels. Cette grille de lecture, systémique, nous semble plus opérante pour la compréhension du phénomène par les encadrants.

Á partir des troubles psychosociaux, Lhuilier (ibidem, 2009) distingue trois types de pathologies en les reliant aux changements organisationnels du travail :

- les pathologies de l'activité « emballée » ou empêchée,
- les pathologies de la solitude et de l'équivocité du travail,
- les pathologies de la maltraitance et de la violence.

L'**activité « emballée »** se signale par des pathologies de surcharge. Celle-ci se manifeste par les troubles musculo-squelettiques (TMS). L'organisation du travail sur un mode taylorien en serait l'origine. Lhuilier (2009, p. 86) cite une critique de Wallon (1932-1976) : « En amputant l'homme de son initiative, on l'ampute d'une grande partie de ses possibilités ». **L'activité empêchée** correspond, selon l'auteur, à « la répression du mouvement et de la mobilisation psychique par le non-travail forcé » (ibidem, p. 87). Cette notion a été approfondie par Clot (2010). L'activité se distingue de la tâche. Elle est tout ce que nous faisons, mais aussi tout ce que nous aurions voulu faire, imaginer ou penser et que nous n'avons pas fait. L'activité empêchée nous prive de la possibilité d'agir sur le monde.

Lhuilier attribue l'origine des **pathologies de la solitude et l'équivocité du travail** à une individualisation accrue des méthodes de gestion des ressources humaines (Lhuilier, 2009). Ces pathologies s'ancrent dans la complexité à arbitrer face aux décisions qu'impose le travail. « Le travail, c'est la mobilisation des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail (…) En réalité, le travail

est toujours une expérience sociale. Il faut donc enrichir un peu notre définition. Non plus « la mobilisation des hommes et des femmes… », mais la mobilisation **coordonnée** des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail. » (Davezies, 1993). Or, il semble que le salarié soit de plus en plus seul pour arbitrer, décider sur le « faire » et sur le « comment faire »… Le soutien social peut faire défaut. Les encadrants sont de plus en plus éloignés de la réalité du travail, et « le management déserte la scène du travail » (Detchessahar, 2012, p. 235). Cette situation pose aussi la question de l'évaluation du travail de l'autre. Car, « la construction de la santé au travail dépend de la qualité des dynamiques communicationnelles autour du travail, vu sous l'angle de ses conditions réelles de réalisation » (Detchessahar, ibid, p. 234). Les pathologies de la solitude intègrent également la question de la qualité du travail et de sa reconnaissance. L'évaluation du travail portant de plus en plus sur des critères de qualité déconnectés du réel du travail, les professionnels ont parfois le sentiment de faire du « sale boulot » (Lhuilier, 2005) jusqu'à développer une honte qui peut renforcer l'isolement et le silence.

Les **pathologies de la maltraitance et de la violence** constituent les conséquences des pathologies précédentes. L'assertion — souvent erronée — y voyant le fait d'individus souffrant d'une maladie mentale les conduisant à une pulsion incontrôlable est peut-être un mécanisme de défense collectif face à une culpabilité trop vive dans des situations de crise (suicide par exemple). Toutefois, elle interroge sur la perte du lien social, « le produit de ces forces de désintégration sociale » (Lhuilier, 2008, p. 91). Des pathologies post-traumatiques sont regroupées ici sous le nom de violences externes et internes (Debout, 1999, 2001), de harcèlement (Lhuilier, 2002), de placardisation (Muller, 2005). Ces différentes situations démontrent la défaillance des cadres contenants et des modes de régulation dans l'entreprise et les organisations. Lhuilier (2009) y décèle les effets délétères des idéologies de l'excellence critiquées par Aubert et Gaulejac (1991).

La psychodynamique du travail, notamment dans son lien avec la psychanalyse, montre que les salariés ne sont pas passifs face à ces différentes tensions (Dejours, 1980). Les stratégies individuelles et collectives de défense occupent une place importante dans l'adaptation à la souffrance. Lorsqu'elles sont construites collectivement, les stratégies de défense peuvent favoriser la coopération au sein d'une équipe ; elles contribuent à la cohésion du collectif de travail. Toutefois, elles ont essentiellement une fonction de protection et constituent un déni de la vulnérabilité des professionnels face à une peur. Elles peuvent également contribuer à renforcer les pathologies de la solitude, car « se soustraire à la stratégie collective de défense,

c'est encourir la honte, le mépris, l'exclusion de la communauté des hommes, parfois même l'impitoyable persécution, les coups bas, les chausse-trappes, les pièges tendus par les autres » (Dejours, 2000, p. 150). Pour les encadrants, Dejours met même en garde contre « l'idéologie défensive du cynisme viril » : « il semble que, au contact des victimes, la peur d'être soi-même dans la charrette et la souffrance morale d'avoir à commettre des actes que l'on réprouve atteignent une telle intensité qu'il n'y a guère de moyens d'échapper à cet appel de la défense collective pour consentir à collaborer » (Dejours, ibidem, p. 173).

1.1.2. Les risques psychosociaux et le risque de l'hygiénisme

Ces différentes grilles de lecture analysant les risques psychosociaux ne sont pas sans conséquences sur les modèles mobilisés pour les observer, les évaluer et déterminer des actions de prévention ou de gestion. Le premier modèle utilisé, au début des années 2000, a été celui de la victimologie. S'appuyant sur la nosographie psychiatrique et les travaux des psychiatres militaires (Crocq, 1992 ; Lebigot, 2005), les interventions visent à réduire les impacts psychologiques d'un stress post traumatique. Or, en psychologie, le terme de « traumatisme » a un sens précis, Il suppose une confrontation avec la mort et le réel de la mort. Que ce soit dans des situations de hold-up ou de harcèlement, le salarié est alors considéré comme une victime d'une situation subie et le confrontant à sa propre finitude. Poser ce diagnostic induit deux conséquences (Davezies, 2004) : il élimine le contexte du travail pour se centrer sur une approche psychologisante. Dans le cas du harcèlement, le regard se focalise sur le « harceleur », le plus souvent l'encadrant, « sans voir que, dans nombre de situations, c'est l'organisation du travail, non la structure de la personnalité du chef, qui est à l'origine de comportements qui semblent échapper à la logique, à la raison et à l'entendement » (ibidem, p. 85-86). Il devient alors impossible de penser l'impensable avec des difficultés à intégrer cette épisode dans sa propre histoire et encore moins dans son histoire professionnelle. La prise en charge des salariés « victimes » d'une situation de violence au travail est réalisée par des psychologues dans l'entreprise de type débriefing individuel et/ou collectif. L'efficacité de ces interventions est régulièrement remise en question (Arendt & Elklit, 2001). Nous n'entrerons pas dans ce débat mais nous souhaitons souligner que le statut de victime risque d'éloigner le salarié de sa communauté professionnelle en ne permettant pas une élaboration « dans le sens du conflit (qui) permet un travail de liaison au plan social comme au plan psychique. » (ibidem, p. 90).

Dans cette lignée, Clot dénonce les tentatives « hygiénistes » des organisations (2010, 2014) pour prendre en compte (gérer plus que prévenir) les risques psychosociaux: « L'image du travailleur qui s'impose quand on examine la littérature actuelle sur les risques psychosociaux est celle d'un opérateur, victime des contraintes d'une organisation du travail qui aurait réussi à en faire un objet. Le savoir des experts doit servir à l'informer, à le protéger et finalement à le secourir. La critique de l'organisation du travail ramène cette dernière à une constellation de facteurs de risques. Somme de facteurs, l'organisation revêt alors le plus souvent les attributs d'une puissance toxique qui contamine la santé des salariés. Les services de santé au travail auraient alors pour mission de leur apporter les premiers soins, en restaurant, par l'écoute d'abord, le précaire équilibre psycho-affectif indispensable pour travailler. Cet équilibre prend d'ailleurs de plus en plus la forme de standards de bien-être mesurables auxquels on croit pouvoir réduire la santé. » (Clot, 2010, P.41).

Á cette étape plusieurs questions de posent et montrent également les limites (voire les impasses) de la notion de risques psychosociaux :

- Est-ce que cette approche pathogène du travail n'a pas incité les entreprises à se tourner vers des intervenants extérieurs à l'entreprise pour trouver une réponse et un soutien aux salariés en difficulté en « oubliant » la place et le rôle de l'encadrant de proximité?
- La notion de risques psychosociaux ne met-elle pas en difficulté les encadrants en associant travail et pathologies et en les plaçant dans une position délicate comme vectrice d'une organisation toxique ? « Un point particulier doit être fait sur l'encadrement dont la posture, là aussi, se trouve interrogée sur le sujet. Ayant un rôle majeur dans les processus de construction de la santé psychique via les modes de management, les encadrants se trouvent très concernés par le sujet. Tant pour les directions que pour les syndicats, la question est délicate. Assez souvent, en effet, ils sont la cible de critiques lors des premières expressions des salariés embarrassant les directions censées défendre le système d'autorité hiérarchique et les syndicats censés défendre tous les salariés. » (Douillet, 2013, p. 23).
- Les grilles de lecture à partir de la souffrance au travail, ou par situations, n'ont-elles pas tendance à « psychologiser » les interventions auprès d'individus en oubliant le travail, sa dimension collective et la conflictualité inhérente au travail ? La conséquence

directe de ces grilles d'analyse est d'orienter les interventions du côté de la « gestion » des risques psychosociaux et non pas du côté de la « prévention ».

- Il semble que ces notions tendent à interroger les processus de santé psychique de façon linéaire, de causes à effets en oubliant la complexité des relations entre un facteur de « risque » et ses conséquences sur la santé.

Les différentes tentatives d'objectivation de ces processus semblent « oublier » les encadrants. Les différentes études réalisées (DARES, SUMER) n'interrogent pas le vécu des encadrants. Ils sont seulement mentionnés dans les questionnaires pour évaluer leurs « performances » à soutenir les salariés en cas de difficultés, leurs capacités à organiser le travail, à évaluer le travail. Ce questionnement et l'analyse qui sont faites des résultats visent à mettre en évidence les dysfonctionnements managériaux, ce qui peut renforcer la culpabilité. De plus, en étudiant les différents guides d'action à destination des entreprises publiés par les organismes nationaux que sont l'ANACT et l'INRS, les comités de pilotage préconisés « oublient » d'intégrer la hiérarchie.

Nous constatons que les grilles de lecture des risques psychosociaux donnent une vision pathogène du travail. Ceci a deux conséquences directes pour les encadrants : l'injonction de prévenir les risques psychosociaux peut sembler non seulement paradoxale mais également culpabilisante. Aussi, en abordant la notion de « travail », qui est centrale dans la notion de risques psychosociaux sans être clairement assumée, nous souhaitons renverser le paradigme de la souffrance au travail et des risques psychosociaux, élargir la notion de « santé » à un processus et ouvrir des perspectives d'action du côté des ressources psychosociales.

Aussi, après avoir montré les impasses de la notion de « risques » psychosociaux, nous allons chercher à dépasser l'approche pathogène du travail pour prendre la voie des ressources psychosociales.

1.1.3. Un enjeu pour la prévention des risques psychosociaux : dépasser la vision pathogène du travail

La difficulté de conceptualisation des risques psychosociaux semble constituer une impasse pour envisager l'action des encadrants en santé au travail :

- La confusion entre les facteurs de risques et les conséquences sur la santé peuvent participer au flou de leur mission en tant qu'acteur de la santé au travail. Comment situer leur action : sur les conséquences ou sur les facteurs de risque ?
- Le caractère subjectif de la notion, entretenu par sa proximité avec le modèle du stress, peut les inciter à concevoir leur rôle dans des actions interindividuelles auprès des membres de leurs équipes, en oubliant d'interroger l'organisation du travail.
- Le « recentrage » de la notion de risques psychosociaux sur une « addition » de situations ne risque-t-il pas de conduire à des actes managériaux « simplistes » ; par exemple, dans un conflit inter personnel, éliminer celui qui semble poser problème pour supprimer le risque ?
- Les représentations partagées sur la notion de risques psychosociaux s'étant construites dans un contexte de drames (suicides au travail) et d'un discours sur la souffrance au travail, peuvent conduire les encadrants à envisager leur rôle du côté de la gestion de ces situations, en occultant la voie de la prévention.

Á cette étape de notre étude de la littérature, il nous semble utile d'interroger d'autres notions qui peuvent nous aider à construire des liens entre le rôle de l'encadrant de proximité et la santé de ses équipes.

Une difficile recherche d'objectivation de la santé au travail

De nombreuses recherches ont cherché à objectiver la souffrance au travail. Elles ont connu leur apogée dans les années 2005/2007. La plupart de ces travaux d'objectivation ont été menés par des médecins du travail et des chercheurs. L'enquête SUMER est un très bon exemple du travail d'objectivation qui s'est mis en place dès 1987 et se poursuit trois décennies plus tard. Au départ de cette enquête nationale, six cents médecins du travail se sont portés volontaires

pour faire passer un questionnaire aux salariés lors de leur visite médicale annuelle. Cette enquête a été reconduite en 1994, en 2003 et en 2010.

Ces travaux d'objectivation par questionnaires ont permis de se détacher de la vision simpliste des liens de causalité entre facteurs de risques et pathologies. « Certes, la compréhension des liens entre santé et travail pose des problèmes méthodologiques ou techniques souvent complexes. Ces liens sont multifactoriels. Le sens de la causalité n'est pas toujours établi. Les relations avec les aspects de la vie hors travail sont étroites, et difficiles à isoler. Les effets d'une exposition professionnelle sont souvent différés. » (Gollac & Volkoff, 2006, p. 6).

Mais là encore, il semble que la question du lien entre travail et santé a longtemps résisté dans les entreprises. Le caractère subjectif de la souffrance au travail rend difficile sa prise en compte malgré les données statistiques qui sont produites. La souffrance au travail d'un salarié va être expliquée par son état de santé général, voire par des manques (de flexibilité, d'adaptation par exemple). Le regard porté sur la souffrance au travail s'est individualisé jusqu'aux situations de harcèlement au travail. Les chiffres statistiques produits peuvent être mis en cause également : « Même dans des domaines intimes et subtils, par exemple tout ce qui relève de la santé mentale, les connaissances et les outils ont beaucoup progressé. Bien souvent l'incertitude scientifique est évoquée pour justifier le souci de limiter les dépenses de prévention ou les indemnités. » (Gollac et coll., 2006, p.7).

Un autre reproche qui est fait à ces études statistiques est leur nature individuelle « La pathogénie du travail est ainsi reconnue et la tendance est de proposer à ces professionnels réduits à leur vulnérabilité une prise en charge directe de leur stress et de leur souffrance. Les limites de ces démarches tiennent à ce qu'elles ne questionnent pas en profondeur les « dilemmes » individuels et collectifs auxquels les salariés se mesurent au travail. » (Miossec et coll., 2011, p. 197).

Souffrance au travail et psychopathologies du travail

Historiquement, les recherches sur la souffrance au travail se sont construites à partir des études en psychopathologie du travail, elles-mêmes issues des liens établis entre la psychiatrie et les rapports travail/maladie mentale. Le terme de « psychopathologie du travail » apparaît en 1952 dans un article publié par Sivadon : « L'évolution psychiatrique ». De courant humaniste, ce médecin s'appuie sur des expériences menées dans des hôpitaux psychiatriques auprès des patients. Dans un processus à visée thérapeutique, il distingue le travail comme instrument de

réadaptation des malades mentaux, le travail pathogène et le travail thérapeutique. La question de la folie est centrale et la psychopathologie du travail va s'intéresser aux relations entre la folie et le travail. Ainsi, un des premiers chercheurs en psychopathologie va étudier la « folie » dans le monde du travail. Nous citerons les études sur la « névrose des téléphonistes et des mécanographes » (Le Guillant, 1963), « Motifs du crime paranoïaque : le crime des sœurs papin » (Lacan, 1933), qui cite l'histoire de ces bonnes « à tout faire » qui tuent leurs employeurs. Or, le lien causal entre une situation de travail et une maladie mentale n'a jamais pu être mis en évidence. Que ce soit l'étude sur les téléphonistes ou l'analyse de l'activité des bonnes à tout faire, « les deux études n'apportent donc aucune preuve de l'existence d'une psychose du travail » (Molinier, 2006a, p. 48). Cette voie, que Molinier qualifie de « psychiatrie sociale », est abandonnée pour un temps par les psychiatres. Ils reviendront interroger le stress post traumatiques lors des agressions (violences externes) des salariés à la fin des années 1990.

Ces approches se sont trouvées confrontées à un objet difficilement saisissable : le travail. Billard (2002) met en évidence « ce décalage historiquement daté, entre clinique hospitalière et clinique du travail (…) il semble révéler par défaut l'existence d'une dimension essentielle : le rapport au travail réel comme registre spécifique de la vie subjective. » (ibidem, p. 12).

La psychodynamique du travail ouvre de nouvelles perspectives pour interroger le lien entre le travail et un vécu de souffrance au travail en interrogeant le rapport subjectif du sujet au travail. Ce courant de recherches est porté par Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste et médecin du travail et par un petit groupe de chercheurs autour du Laboratoire de Psychologie du Travail du Conservatoire National des Arts et Métiers, dont Philippe Davezies. Déjà, la psychiatrie avait évolué vers une vision dynamique de la maladie mentale. Ey (1975) cherche à démontrer que la maladie mentale correspond à une régression du développement psychique. Elle serait également une altération des fonctions de relation. En utilisant le triptyque de Sigaut, la psychodynamique du travail démontre les liens entre un sujet, le réel du travail et autrui. La souffrance au travail aurait pour origine une coupure entre ces trois dimensions. Sigaut distingue 3 formes d'aliénation qui ont été reprises en psychodynamique du travail :

- L'aliénation mentale lorsque le sujet (ego) est coupé du réel du travail
- L'aliénation sociale lorsque le sujet (ego) est coupé d'autrui, ce qui correspond aux pathologies de l'isolement social
- L'aliénation culturelle lorsqu'il y a coupure avec le réel et que l'ego (le sujet) et autrui (l'entourage professionnel) s'accordent sur une illusion du réel.

Molinier (2006a) précise que l'essentiel, en psychodynamique du travail, se déploie dans le champ de l'aliénation sociale. Cette forme de souffrance touche à la reconnaissance, et par là même à l'identité professionnelle du sujet. La psychodynamique du travail dénonce cette aliénation sociale et la met en lien avec une aliénation culturelle dont souffrirait la hiérarchie. Celle-ci serait coupée du réel du travail et entretiendrait une illusion sur le réel du travail en ayant comme grilles de lecture du travail des indicateurs de gestion. (Davezies, 1993 ; Molinier, 2006a ; Falzon et coll., 2014 ; Linhart, 2015).

Pour comprendre le rôle de l'encadrement dans la santé au travail, deux apports de la psychodynamique du travail nous paraissent essentiels d'une part, ce courant de recherche nous permet d'approcher l'énigme du travail et d'autre part, il permet d'envisager le travail comme un opérateur de construction de la santé au-delà de sa conflictualité, car, et c'est là l'essentiel, le « sujet » n'est pas jamais passif.

Et la première étape, pour un encadrant, acteur de la santé de ses équipes est peut-être de reconnaître le caractère fondamentalement énigmatique du travail. Ce qui peut être déroutant puisque son rôle est dans la prescription, l'organisation et l'évaluation du travail. Or, les ergonomes font la distinction entre le travail prescrit et le travail réel. L'écart entre les deux participe à l'énigme. Dans cet écart, nous aurions la souffrance lorsque l'articulation entre la prescription et le réel ne s'élaborent pas (Davezies, 1993).

Une des forces de la psychodynamique du travail est également de redonner le statut d'acteur au salarié et de renverser ainsi le courant de la victimologie. Face aux difficultés liées au travail, les salariés développent des stratégies : des mécanismes de défense individuels, des stratégies collectives permettent de préserver la santé (Lhuilier, 2006 ; Molinier, 2006b, Dejours, 2009).

Ainsi, nous constatons que la notion de risques psychosociaux a remplacé progressivement celle de souffrance au travail dans le langage courant et dans les recherches à partir des années 2006. Cette évolution de langage a pu participer au changement des représentations sur le rôle de l'encadrant qui a conduit, en 2010, le rapport Lachman à envisager la place du manager de proximité comme « acteur majeur de la santé au travail de son équipe ».

Toutefois, il reste encore à progresser pour interroger le travail qui peut conduire à la voie de la prévention. Les risques psychosociaux demeurent un sujet tabou dans le monde du travail. « En effet, se déclarer ou être reconnu en souffrance est une démarche difficile car elle conduit à officialiser un problème qui touche à l'intime du salarié et qui peut aussi avoir des répercussions au plan collectif. Certaines victimes redoutent le regard des collègues, des

supérieurs, des pairs, sur un risque psychosocial qui peut apparaître comme un aveu d'échec ou une incapacité à s'adapter aux contraintes de l'entreprise. » (Brunet, 2013, p. 16)

Les notions de bien-être et de qualité de vie au travail peuvent-elles être plus opérantes ?

Si le terme de risques psychosociaux peut bloquer l'action des encadrants en santé au travail, est-ce que les termes s'appuyant sur le courant de la psychologie positive comme le « bien-être » et la « qualité de vie » au travail peuvent apporter une aide pour définir le rôle « d'acteurs » des encadrants de proximité dans la santé au travail des équipes ?

Le bien-être au travail

Le concept de « bien-être » a d'abord été étudié par les auteurs sous l'angle de la satisfaction dans la vie avant d'être interrogé dans le cadre du travail et plus particulièrement par les auteurs anglo-saxons sous le terme de « subjective well-being ». Il est particulièrement mal aisé de circonscrire la notion de bien-être au travail. Gosselin (2005) nous propose un état de la littérature sur le concept de bien-être. Très rapidement, il accepte d'utiliser indifféremment les termes de » satisfaction dans la vie » et « bien-être ». Inscrire ces notions subjectives dans le champ scientifique n'est pas sans poser des questions de validité et de fiabilité des résultats. La recherche de « mesure » tentée par des chercheurs démontre le caractère difficilement objectivable de ces notions. « En effet, bien qu'une multitude de métriques existent afin de saisir la réalité attitudinale dans la vie, leur validité et leur fiabilité soulèvent maints questionnements. Ainsi, en ce qui concerne la validité, la nature même de l'objet de mesure entraîne des biais reliés à l'autodéfense et à la désirabilité sociale. » (Gosselin, 2005, p. 137). Il est vrai que l'objet même renvoie à la question philosophique du bien-être et du bonheur. Richard (2012) propose un triple éclairage philosophique du concept de bien-être et le rattache à une conception de la vision du travail :

- Le stoïcisme : l'auteur résume ce courant conceptuel en disant que « s'il s'intéresse au bonheur, il considère les émotions qui conduisent au malheur et qu'il est nécessaire de les contrôler. (…) Cottraux (2007) voit dans la morale stoïcienne l'un des fondements des Thérapies cognitives et comportementales (TCC), qui consistent à aider la personne à distinguer les faits de leur interprétation pour modifier les émotions négatives et le relancer sur le chemin de l'action positive et agréable. » (Richard, 2012, p. 81). Nous

nous permettrons de rajouter que les interventions visant à réduire le stress post-traumatique s'appuient sur cette conception : contrôler et canaliser les émotions (Canini & Trousselard, 2010). Ce courant conduit à poser la question de l'adaptation de l'homme au travail (et non pas de l'adaptation du travail à l'homme).

- L'hédonisme : ce courant philosophique fondé par Épicure propose la recherche du plaisir et l'évitement du déplaisir comme les objectifs de l'existence humaine. Le bien-être proviendrait de l'obtention d'un but qu'on s'est fixé, quelle que soit la nature de celui-ci. Il est la poursuite du plaisir immédiat et l'évitement de la souffrance (Savoie, 2010). Richard (2012) nous dit que « finalement, on pourrait dire que les théories hédonistes tendent à assimiler le bien-être au plaisir, faisant des récompenses et du rendement les moteurs premiers de l'activité humaine et laissant de côté les questions concernant le sens de la vie au travail, l'essence de la nature humaine et les buts plus profonds que la quête de plaisir » (Richard, 2012, p. 84).

L'auteur fait ainsi indirectement référence aux théories de Mac Grégor, à savoir que selon les croyances des encadrants, leur style et leurs actions seront modifiés. Ainsi, dans la théorie X, l'engagement et la motivation dans le travail seront obtenus par sanction ou récompense matérielles. Á l'inverse, dans la théorie Y, les croyances des encadrants les portent à considérer le salarié comme un individu à la recherche de sa propre réalisation et que le travail va présenter la possibilité de déployer sa créativité, son sens de la responsabilité, son autonomie. La théorie Y renvoie au troisième courant philosophique : l'eudémonisme.

- L'eudémonisme : plusieurs auteurs (Aristote, Montaigne, Spinoza) sont considérés comme des philosophes eudémonistes. Dans cette philosophie, le bonheur (ou le bien être) se cultive (notamment les vertus). Il n'est pas un état mais il se développe. Dans cette conception, le bien être se construit par la réalisation de soi, « possible pour celui qui saisit les occasions de se développer à travers les défis de la vie qu'il se sent capable d'affronter » (Richard, 2012, p. 83). Nous nous permettons de mettre en lien cette conception du bien être avec le concept du pouvoir d'agir (Clot, 2008). En effet, pour Clot, la santé se développe (ou se dégrade) selon le pouvoir d'agir : « Loin d'être une donnée naturelle, la santé est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l'activité vitale d'un sujet, à ce qu'il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l'univers des activités d'autrui et inversement, à ce

qu'il parvient ou pas à engager des activités d'autrui dans son monde à lui. » (Clot, 2008, p. 96).

Dans les années 1970, la notion de bien-être a été reprise par les sciences économiques. Pawin (2014) parle d'une « économie du bien-être ». Des études (Easterlin, 1974) ont cherché à faire du lien entre le bien-être perçu et la croissance économique. Si cette corrélation partage toujours les chercheurs, il semble qu'un consensus se soit établi entre le bien-être et la performance de l'entreprise. Dagenais-Desmarais et Privé (2010) donnent les cinq ingrédients clés pour un bien-être psychologique au travail :

- Adéquation interpersonnelle au travail (vivre des relations positives avec les personnes avec lesquelles on interagit dans le cadre de son travail)
- Épanouissement dans le travail (percevoir qu'on accomplit un travail signifiant et stimulant, qui permet de s'y réaliser comme individu)
- Sentiment de compétence au travail (sentir qu'on possède les aptitudes requises pour effectuer efficacement son travail et qu'on maîtrise les tâches à réaliser)
- Reconnaissance au travail (se sentir apprécié dans l'organisation pour son travail et sa personne)
- Volonté d'engagement au travail (vouloir s'engager activement dans l'organisation et contribuer à son bon fonctionnement et à son succès)

Toutefois, ces courants de pensée sur le bien-être psychologique mettent essentiellement l'accent sur la personnalité des individus et participent à l'éloignement de l'encadrant de proximité avec le réel du travail. « Finalement, il importe de reconnaître que, indépendamment au dévouement des cadres à la cause de la santé psychologique au travail, une part de la variabilité du bien-être psychologique est inhérente à chaque individu. De façon circonstancielle, des événements se produisant à l'extérieur du travail (par exemple un mariage, un divorce, un deuil) peuvent modifier temporairement le niveau de bien-être au travail d'un employé (Llies et coll., 2005 ; Judge et Klinger, 2008). De façon plus permanente, chaque personne a sa propre inclination au bonheur et possède un « point de réglage » naturel (Lykken et Tellegen, 1996 ; Tellegen et coll., 1988). Il faut donc que le gestionnaire soit conscient que toutes les personnes ne réagiront pas de la même façon aux mesures implantées. » (Dagenais-Desmarais & Privé, 2010, p. 76).

La qualité de vie au travail

Le terme de « qualité de vie au travail » est mentionné pour la première fois lors d'une conférence à New York (1972) où un groupe de chercheurs dégagent quatre aspects de la qualité de vie au travail (Davis & Cherns (1975) cités par l'ANACT, 2014) :

- Intégrité physique
- Intégrité psychique
- Développement du dialogue social
- Équilibre vie au travail et vie hors travail

En observant cette définition, nous constatons qu'elle englobe deux aspects :

- Une approche individuelle (intégrité physique et psychique, équilibre vie au travail et vie hors travail). Celle-ci a été retenue par les chercheurs, notamment anglo saxons, qui se sont intéressés aux liens entre la qualité de vie au travail et l'individu. Le courant des Relations Humaines en est un exemple (Mayo, 1933).
- Une approche plus collective : le développement du dialogue social. Cette orientation est portée, nous semble-t-il, par les auteurs qui ont une approche plus collective. Elle interroge l'efficacité du travail et l'engagement des collectifs de travail pour penser l'organisation et l'adaptation du travail. L'approche sociotechnique développée dans les années 1950 au Royaume Uni s'est intéressée à cette conception (Emery & Trist, 1965).

En France, la recherche de l'amélioration des conditions de travail est restée présente au cours des décennies. Elle est portée par les instances représentatives du personnel et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT). Récemment, en juin 2013, un accord interprofessionnel a été signé à la suite des accords sur le stress (2008) et les violences au travail dont le harcèlement (2010). Dans un article faisant suite à la signature de l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail, Levet (2013) espère que cette notion va permettre de nouveaux compromis en santé au travail : « La notion de qualité de vie au travail n'est pas récente, mais la lecture qu'en donnent aujourd'hui les partenaires sociaux révèle potentiellement une nouvelle ambition puisqu'il s'agit de dépasser les impasses de la souffrance au travail pour repositionner le travail au cœur d'enjeux capables d'articuler conjointement performance économique et performance sociale, et non de subordonner la seconde à une logique redistributive. Ce faisant, il s'agit de faire émerger de nouveaux compromis, fruits d'un travail collectif des acteurs sociaux, soucieux de cohérence en les « obligeant à convaincre et à argumenter et dessinant, par le jeu des promesses (le compromis) et la confrontation des intérêts, un avenir commun aux individus engagés dans l'échange.

(Thuderoz, 2000) » (Levet, 2013, p. 99). Cette auteure propose de décliner cet accord sur la qualité de vie au travail comme un processus en quatre dimensions :

- « Un cadre dans lequel les enjeux de travail puissent adresser conjointement des objectifs de performance (en soutenant une vision du travail créateur de valeur) et de santé (…) ce qui suppose de s'intéresser au comment (…).
- Des espaces propices à l'apprentissage collectif, misant sur les acteurs, non comme à convaincre de la nécessité d'un changement imposé par l'environnement ou par les risques, mais capables d'une contribution créatrice de valeurs et d'innovations sociales.
- Une mise en mémoire de la production collective de ces espaces où les échanges sont vus comme un moyen de dégager le savoir et les raisonnements, les représentations qui le composent. Ce qui pose la question des méthodes, des outils et des ressources nécessaires pour permettre aux acteurs de se trouver en situation d'expliciter les savoirs dont ils sont porteurs et pas seulement de rester campés sur des discours généralisant, enfermés dans des postures.
- Un portage politique entre les groupes d'acteurs (…) et un portage politique résolument inscrit dans les projets en cours dans l'entreprise : il s'agit bien que la qualité de vie au travail se situe en réponse aux problématiques socio-organisationnelles qui naissent de la vie des entreprises et des projets dans lesquels elle est engagée et non qu'elle vienne en surplomb constituer un énième projet à ajouter dans une organisation déjà bien souvent saturée. » (Levet, 2013, p. 103-104)

Lhuilier (2014) analyse cette notion. Elle distingue :

- La prescription de la qualité du travail qui se traduit par une production d'indicateurs et de normes auxquels doivent se soumettre les opérateurs
- La qualité du travail du point de vue des opérateurs renvoie au « travail bien fait » qui se construit dans le collectif de travail (règles de métier, règles du collectif de travail, construction des valeurs en situation de travail et dans d'autres domaines d'activité, valeurs personnelles impliquées dans l'engagement dans l'activité. » (Lhuilier, 2014, p. 3).
- La qualité du travail du point de vue des destinataires.
- La qualité de la vie au travail ; l'auteure renvoie au développement des capacités professionnelles (conditions d'apprentissage, construction de projets professionnels).

La qualité de vie au travail intervient dans le débat public comme un trait d'union entre la santé et la performance. Moins polémique que la souffrance au travail et les risques psychosociaux, elle vient réinterroger les facteurs de santé au travail déjà exploré dans le modèle du stress : la reconnaissance (du travail) et le soutien (pour un « travail bien fait »).

Or, pour répondre à ces exigences, et nous dirons même à cette philosophie de l'adaptation du travail à l'homme, source de bien-être individuel et collectif et de performance économique, nous proposons de regarder un autre versant du travail.

Le travail comme opérateur de la construction de la santé ?

Tout d'abord, le travail n'est pas la tâche. La tâche est donnée par l'organisation prescrite du travail. Elle ne révèle pas tout ce que l'opérateur doit mettre en mouvement pour traduire cette tâche dans le réel de la situation de travail. « La tâche, relève de la prescription, elle est ce qui doit être fait. Á l'opposé, l'activité est ce qui se fait (Leplat & Hoc, 1983). Cependant les analyses auxquelles nous procédons nous font franchir un pas supplémentaire : ce qui se fait, et que l'on peut considérer comme l'activité réalisée, n'est jamais que l'actualisation d'une des activités réalisables dans la situation où elle voit le jour. (…) De sorte que, selon nous, le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce que l'on aurait voulu ou pu faire pour ne pas faire ce qui est à faire. » (Clot et coll., 2000, p. 2).
Ces travaux ont laissé entrevoir la dimension cachée du travail qui ne se laisse pas aborder facilement. Pour entrevoir le travail réel, il faut passer par la conflictualité du travail. Sur le plan individuel, travailler demande d'interpréter les consignes de travail au regard de la réalité. « Travailler implique de sortir du discours pour se confronter avec le monde » (Davezies, 1993, p. 4). Il ne peut y avoir que du travail « humain », car il demande de sortir de l'exécution, de ce qui est prescrit par l'organisation. Le travail est « réel ». Pour s'accomplir, il mobilise notre intelligence et plus particulièrement celle que les Grecs ont appelée la *métis*, cette intelligence rusée des situations. Utiliser sa *métis* entraîne une forte mobilisation psychique qui conduit le sujet travaillant à restructurer non seulement son expérience, mais aussi « la validité de son savoir, la légitimité des règles auxquelles il se plie et l'authenticité de son propre engagement » (ibid, p. 8). Avoir la possibilité d'utiliser sa *métis* permet au professionnel de construire sa santé, son identité professionnelle. « La principale leçon de la psychodynamique du travail, c'est que

la mobilisation, la quête, l'espoir de réalisation sont premiers. L'investissement, la mobilisation de la personnalité ont un caractère vital. Au sens strict. Le sujet y joue son identité, sa santé et sa vie. La question pour l'organisation du travail n'est donc pas « comment motiver ? », mais bien « comment ne pas casser la mobilisation ? » (Davezies, ibid, p. 16).

Pour réaliser « son » travail, l'opérateur passe par la résolution d'une multitude de dilemmes : les différentes logiques de différents prescripteurs du travail, les différentes techniques pour aborder le travail, les différentes possibilités élaborées par l'expérience, les choix de valeurs, de sens. Travailler est à la fois infiniment complexe et conflictuel par nature. Arbitrer ces choix est une charge psychique à ne pas négliger. Elle engage le corps mais aussi la subjectivité du sujet et sa confrontation est comme une « résistance au monde dans sa globalité » (Davezies, 1993). Elle permet (ou pas) la reconnaissance par ses pairs, sa hiérarchie, le « client ». Elle construit l'identité de chacun et engage le collectif de travail. Elle demande d'articuler les exigences du travail toujours, plus ou moins, contradictoires. Aussi, le mot « travail » est-il associé étymologiquement à *tripalium,* instrument de torture qui visait à bloquer les mouvements. L'idée retenue est alors celle d'une « activité contraignante, qui limite notre liberté, une activité aussi qui demande des efforts » (Sarnin, 2008).

Le travail peut-il être constructeur de la santé ?

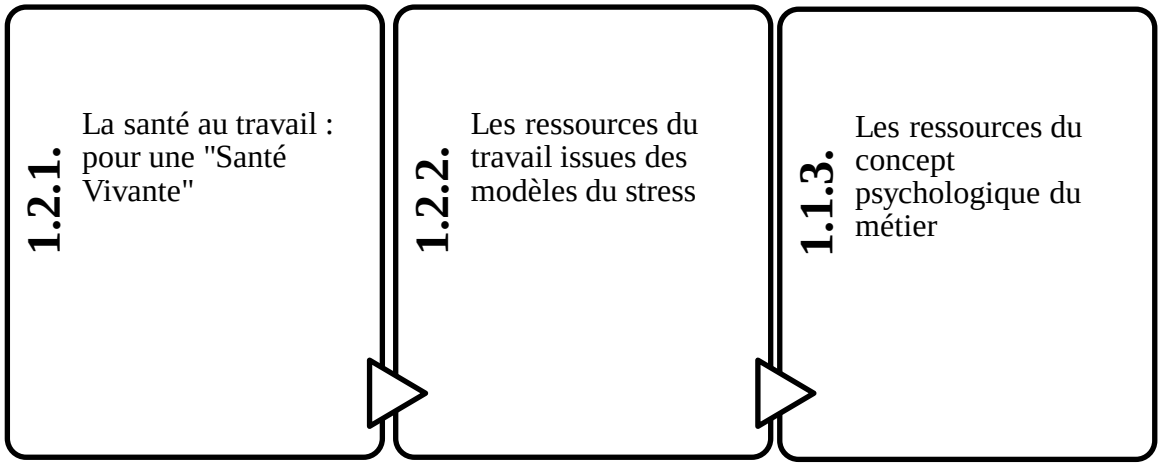
Malgré cette approche du travail sur le versant de la souffrance, il existe un autre regard sur le travail. « La focalisation sur les altérations de la santé par le travail tend à occulter le travail comme opérateur de santé. Pourtant, l'histoire de la psychopathologie du travail nous a légué des travaux, prolongés ensuite par la clinique du travail, sur les fonctions psychologiques et sociales du travail en termes de restauration et de développement de la santé psychique, travaux qui constituent autant de repères pour penser le travail comme instrument du développement de la santé et pour éviter de réduire la problématique santé-travail aux déclinaisons usuelles de la dégradation, fragilisation, mutilation… » (Lhuilier, 2009, p. 88). Or, si le travail n'est pas un objet qui se laisse facilement saisir, « Il s'agit de mieux comprendre comment le travail qui comporte toujours une dimension de peine, de souffrance, au point de conduire parfois à une usure voire à une mort prématurée, peut aussi, dans bien des cas, constituer un puissant opérateur de construction de la santé. » (Davezies, 1993, p. 33).

Ces dernières années, la montée des préoccupations sous le vocable des risques psychosociaux, nous a laissés entendre que le travail était synonyme de souffrance. Sans nier les pathologies longuement décrites par les chercheurs, nous souhaitons présenter une autre vision du travail. La notion de « travail » est chargée de représentations collectivement construites qui s'appuient sur les conceptions historiques du travail, issues notamment d'une « punition divine » à l'origine de la Génèse. Cornaton (2012) propose une autre conception du travail en s'appuyant sur les travaux de Chenavier et Bachelard : « L'invention du travail dans le second écrit de la création ne résulte-t-elle pas du repentir de Dieu, qui, dans l'après coup, donne à l'homme la possibilité d'effectuer ce que la nature qui ne travaille pas ne peut faire ? « Heureuse faute ! » alors ainsi que le proclame l'Apôtre. » (ibidem, p. 46). Le travail : punition divine ou occasion divine de mettre du sens dans l'existence de l'Homme ? Dans cette même perspective, Morin (2006) cite James Hillman en précisant que ses réflexions sur le travail l'ont fait longuement réfléchir au cours de ses propres recherches sur le sens du travail : « Je veux simplement parler du travail comme d'un plaisir, comme d'une gratification instinctuelle – au lieu d'en parler comme d'un droit, « le droit au travail », ou comme une nécessité économique, ou comme un devoir social, ou comme une pénitence imposée à Adam après qu'il eut été chassé du paradis terrestre. Les mains veulent faire des choses et l'esprit aime à s'y appliquer. Le travail est vital, irréductible à quelque autre valeur. Nous ne travaillons pas pour ramasser le fruit de la cueillette, pour acquérir du pouvoir dans la tribu, pour acheter une nouvelle voiture, et ainsi de suite. Le travail a son propre but et apporte ses propres joies : mais pour que cela roule, il faut avoir un fantasme à propos de notre travail, et les fantasmes économiques et sociologiques que nous avons développés sont complètement dysfonctionnels. Il n'y a pas à s'étonner de l'énorme problème de productivité et de qualité qui existe dans le monde du travail en Occident. Nous ne sommes pas supposés vouloir cesser de travailler. C'est comme vouloir ne pas manger, vouloir ne pas faire l'amour. C'est de l'infirmité instinctuelle ! Et c'est la faute de la psychologie : elle ne s'occupe pas assez de l'instinct du travail. » (Éxtrait de Inter Views, traduit et paru dans La Beauté de Psyché, 1993, p. 218-219).

Ainsi, pour certains auteurs, le travail pourrait être considéré comme un moyen, une ressource permettant la construction philosophique du sens de l'existence, selon une conception eudémoniste. Au détour de cette question, nous nous interrogeons sur certaines injonctions apprises dans les écoles de management et à destination des encadrants : « Donnez du sens à vos équipes ». Est-il possible de « donner » du sens au travail à un autre que soi ?

Ce n’est pas à cette question que nous allons répondre, tout au moins pas directement. Mais nous avons tenté de démontrer le caractère peu opérant de la notion de risques psychosociaux pour les encadrants, pour proposer un changement d’optique sur la conception du travail comme opérateur du bien-être. Aussi, nous proposons de poursuivre notre recherche en nous interrogeant sur les ressources du travail qui sont considérées comme constructrices de la santé.

1.2 Les ressources psychosociales pour prévenir la santé au travail



L'exploration de la littérature concernant la notion de risques psychosociaux nous a permis de cerner les limites de son opérationnalité dans l'action des encadrants en santé au travail. Aussi, nous proposons un retournement de notre angle d'approche et nous avons interrogé le travail dans une vision constructiviste de la santé. Nous souhaitons poursuivre cette exploration en abordant la notion de « ressources ». Des recherches issues essentiellement du modèle du stress nous offrent des perspectives intéressantes. Après les avoir cernées, nous proposons d'observer le concept psychologique du métier qui semble contenir et articuler les ressources psychosociales pour développer sa santé. Celle-ci demande toutefois à être précisée et la santé sera l'objet d'étude de notre troisième partie. Nous proposerons le terme de « santé vivante » pour définir la santé dans une perspective de développement d'une santé toujours en construction, jamais acquise et qui s'inscrit dans un pouvoir d'agir individuel et collectif.

1.2.1. Les ressources du travail issues des modèles du stress

Dans notre recherche, la notion de risques nous a semblé être une impasse pour l'action des encadrants dans le développement de la santé des équipes. Aussi, nous souhaitons interroger les « ressources » en termes de « moyens » pour faire face aux situations difficiles auxquelles confronte le travail, issues de la littérature. Le dictionnaire Larousse précise que le terme de ressources vient de l'ancien français « resurdre », « ressuciter ». Il peut être pris dans le sens de « ce qu'on emploie dans une situation fâcheuse pour se tirer d'embarras » mais aussi les « moyens dont on dispose, possibilités d'actions ».La question des ressources comme moyen pour préserver sa santé a été déjà été interrogée et notamment par les modèles du stress. Dans une vision traditionnelle, les exigences sont associées aux ressources. En effet, dans la littérature, les ressources sont généralement perçues comme des éléments influençant les exigences (Alarcon, Edwards & Menhe, 2011).

La littérature distingue essentiellement trois perspectives de compréhension des processus du stress au travail (Altmann, 2000 ; Davezies, 2001). Les modèles de stimulus/réponse (Seyle, 1936) et transactionnel (Lazarus & Folkman, 1984) proposent une approche individuelle des stratégies de préservation du stress. Nous les présenterons dans un premier temps avant de nous intéresser au modèle interactionniste (Karasek & Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996).

Les ressources individuelles

Dans la littérature, le stress a d'abord été abordé sous l'angle individuel. Á partir d'études sur des animaux, les chercheurs démontrent que l'adaptation individuelle des humains à des situations déstabilisantes a des limites ; lorsque celles-ci sont atteintes des conséquences négatives sur la santé physique, mais également sur le comportement, peuvent se manifester. Deux termes sont proposés pour décrire la recherche d'homéostasie des individus vis-à-vis de leur santé : le « stress » décrit les causes et les conséquences de la déstabilisation alors que le terme de « strain » explique la recherche d'équilibre (Cannon, 1935). Le biologiste Seyle (1936) propose le premier modèle du stress en décrivant le Syndrome Général d'Adaptation. Il distingue trois phases qui vont venir perturber un sujet en situation de déséquilibre : la réaction d'alarme (mobilisation des forces de défense de l'individu), le stade de résistance (recherche d'adaptation au stresseur) et le stade d'épuisement (le sujet perd ses capacités d'adaptation).

L'approche biologiste du stress est reprise par des psychologues qui s'interrogent sur les différences individuelles d'adaptation au stress. En effet, les chercheurs constatent les écarts de perception des individus face à une même situation. Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) vient compléter la compréhension du stress sous l'angle individuel. La notion de « coping » décrit les stratégies de négociation du stress comme des processus cognitifs et émotionnels face à une situation difficile. Ainsi, deux phases d'évaluation (primaire et secondaire) et une phase de développement des stratégies de « coping » permettent aux individus de s'adapter à la situation de stress :

- Les phases d'évaluation permettent la détection du problème (évaluation primaire) et la prise en compte des possibilités de contrôle de la situation (évaluation secondaire).
- La phase de développement de la stratégie offre également une boucle de rétroaction qui permet à l'individu d'évaluer la stratégie. Si celle-ci est estimée efficace, le vécu de stress diminue. Á l'inverse, si elle est perçue comme inefficace, le vécu de stress se renforce.

Actuellement, en tant que psychologue du travail et des organisations, nous avons à notre disposition un test qui permet d'évaluer les stratégies de coping des individus : le CISS :

- L’orientation vers la tâche : face à une situation de stress, l’individu va déployer son énergie afin de modifier la situation. Son action est mobilisée pour résoudre rapidement le problème.
- L’orientation vers l’émotion : la situation stressante va confronter l’individu à ses émotions et bloquer son action vers la résolution de la situation. Le comportement de l’individu s’oriente vers une manifestation de ses émotions.
- L’orientation vers l’évitement : l’individu choisit d’éviter la situation stressante. Les moyens d’apaiser le stress sont soit la distraction avec les autres (diversion sociale) soit la distraction en faisant d’autres tâches

Ces stratégies de « coping » sont considérées comme réactives. Lors de l’analyse et de la restitution des résultats du stress, nous notons que chaque stratégie a ses avantages et ses inconvénients selon le contexte et la situation. Nous considérons comme positif la souplesse à s’adapter d’un individu capable d’utiliser les différentes stratégies.

Le modèle transactionnel est très proche des modèles d’adaptation aux émotions. Le courant actuel sur l’intelligence émotionnelle vient compléter cette approche. « L’intelligence émotionnelle est un ensemble de facultés, compétences et aptitudes non cognitives (raisonnement logique par exemple) qui influent sur la capacité de l’individu à faire face avec succès aux demandes et pressions de son environnement ». Les chercheurs (Baron,) précisent que cette aptitude est « éducable » par des formations de type développement personnel. Un test nous permet d’évaluer le « quotient émotionnel » d’un individu. Le terme de « quotient émotionnel » fait référence au « quotient intellectuel » qui évalue les aptitudes cognitives individuelles. Les différentes échelles mesurent des « ressources » individuelles :

- L’échelle intrapersonnelle aborde le fonctionnement interne de la gestion des émotions comme la considération pour soi, la conscience de ses émotions, l’affirmation de soi, la capacité à définir ses propres orientations et à s’engager dans des activités ayant du sens.
- L’échelle interpersonnelle traite du rapport aux autres et à l’environnement. Elle distingue l’empathie (perception et compréhension des sentiments d’autrui) de la capacité à créer des relations interpersonnelles satisfaisantes (donner et recevoir) ainsi que la responsabilité sociale qui se définit comme la volonté d’apporter une contribution au groupe social.

- L'échelle d'adaptabilité situe la façon d'aborder la résolution des problèmes avec la capacité à percevoir la réalité de manière objective, la flexibilité et l'orientation vers la résolution des problèmes.
- L'échelle de gestion du stress comprend la tolérance aux situations stressantes et le contrôle des impulsions.
- L'échelle d'humeur générale distingue l'optimisme (considérer les bons côtés de la vie) de la joie de vivre (capacité à éprouver de la satisfaction quant à la vie qu'on mène).

L'approche individuelle du stress reste une grille de lecture prépondérante, particulièrement dans la littérature anglo-saxonne. Et nous pouvons constater que l'Accord National Interprofessionnel (2008) français définit également le stress et la capacité d'adaptation sous l'angle individuel : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions internes. ». Les « ressources individuelles » pour répondre aux situations de stress ne sont certainement pas à négliger. Mais elles sont largement insuffisantes pour soutenir la santé des individus.

Les ressources interpersonnelles

Le modèle interactionniste du stress s'est développé à la fin des années 1970 et dans les années 1980 à partir d'études sur la contrainte professionnelle. Si elle garde une dimension individuelle, cette approche intègre les facteurs de la complexité des environnements. Le modèle de Karasek (1979) croise deux types de facteurs de stress : la demande psychologique (forte ou faible) faite à l'individu et le contrôle que ce dernier peut exercer sur son activité. Ainsi, la possibilité de contrôle sur l'environnement situationnel assure un rôle modérateur. « Selon le modèle de Karasek, la latitude de décision interagit avec les exigences de travail, de sorte qu'une latitude accrue permet de réduire les effets délétères des exigences du travail sur la santé. » (Vandenberghe et coll., 2009). La possibilité de contrôler son environnement (appelée aussi latitude décisionnelle) a été déclinée en deux sous dimensions :

- La possibilité d'utiliser et de développer ses compétences, son expérience, et nous rajoutons les ressources individuelles présentées dans le paragraphe précédent.
- La marge de manœuvre ou autonomie décisionnelle qui est la manière de décider de faire son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent ; soit « la capacité à peser sur les décisions et la possibilité de choisir les modes opératoires et d'en expérimenter de nouveaux » (Davezies, 2001, p. 5).

La marge de manœuvre est une ressource dans le lien santé et travail qui a fait l'objet de nombreux travaux. Elle est étudiée dans des cadres théoriques très différents que nous proposons d'explorer.

Marges de manœuvre, capacité d'agir et pouvoir d'agir

Certains auteurs distinguent la **marge de manœuvre** effective de la marge de manœuvre potentielle désignée comme « la zone d'initiative et de tolérance dont dispose l'opérateur pour assurer la régulation du fonctionnement du système » (Weill-Fassina & Valot, 1997). Ainsi, les marges de manœuvre dépendent de l'organisation du travail imposée par une politique d'entreprise mais aussi un collectif de travail. En effet, le concept de « marge de manœuvre », repris par les ergonomes, (Maggi, 1996), fait la distinction entre autonomie (vue comme un espace de « prise d'autonomie » dans la prescription) et la discrétion qui s'invite sur le pôle relationnel où « il n'est pas dit ce qu'il faut faire, ni comment le faire, laissant à leur discrétion d'élaborer leurs propres règles, de faire des choix, de prendre des décisions » (Caroly, 2002, p. 6).

La définition de la marge de manœuvre interroge sur la place de l'encadrement : doit-il se retirer de la prescription du travail pour laisser la marge de manœuvre aux opérateurs et ainsi, favoriser leur santé ? Nous retenons le terme de « discrétion » : il permet de projeter la posture d'un encadrant « acteur de la santé de ses équipes » : doit-il laisser faire sans que la finalité lui échappe ? Il semble possible d'augmenter les marges de manœuvre tout en conservant des règles de base, « car augmenter les marges de manœuvre (…), c'est aussi concevoir une organisation du travail qui favorise la régulation des tâches entre salariés suivant leur état, leur expérience, leur compétence » (Laville, 1995). Cependant, mises en œuvre par les opérateurs, elles constituent, selon les cas, « un espace conquis par une prise d'autonomie que les opérateurs cherchent à affirmer dans un système réglé de l'extérieur (autonomie), soit un espace d'action discrétionnaire, octroyé et imposé par le système, où l'opérateur est obligé de prendre

l'initiative (discrétion). » (Maggi, 1996). Ces marges de manœuvre sont mises en œuvre pour établir un « équilibre de contraintes » (Guyot-Delacroix, 1999). (…) Dans cette conception, les marges de manœuvre sont conçues sous l'angle des ressources, des potentiels, c'est-à-dire. seulement de l'utilisation d'espaces marginaux, mais de la création de nouveaux espaces d'autonomie. » (Caroly, 2002, p. 5-6).

Sous l'angle individuel, la marge de manœuvre ou l'autonomie peuvent être confondues. En Sciences de l'Éducation, une étude de Mohib (2011) a particulièrement retenu notre attention et nous a permis de faire un lien entre le pouvoir d'agir et le rôle des encadrants dans le développement du pouvoir d'agir au sein de ses équipes. Cette étude porte sur l'engagement de l'individu dans le développement de ses compétences. Mohib fait une distinction intéressante entre le « vouloir agir » qui renvoie à des facteurs cognitifs et motivationnels qui constituent le plus souvent la grille de lecture des formations à destination des encadrants et le « pouvoir d'agir » : « non pas au sens d'être autorisé à faire mais de s'autoriser soi-même à agir » (Mohib, p. 56). Pour ce qui nous importe, elle cherche à identifier les conditions qui favorisent l'engagement dans l'action professionnelle. Ses résultats permettent de discuter la place de « l'Autre » et nous rajouterons « des autres ». En effet, elle part de l'hypothèse que pour s'engager dans l'agir professionnel, « c'est-à-dire être capable d'entreprendre une action incertaine qui ne produit pas toujours les effets escomptés, l'individu doit se sentir autorisé par une « figure » qui fait autorité pour lui. » (ibidem, p. 60). Nous pensons immédiatement à la place de l'encadrant pour faire figure d'autorité. Les résultats de son étude montrent la nécessite de plusieurs « figures » pour s'autoriser l'agir professionnel. Tout d'abord, elle détermine trois facteurs qui semblent favoriser l'engagement dans l'agir professionnel :

- La confiance et la mise en confiance en soi
- L'expérience
- Le besoin de reconnaissance ou la quête de légitimité.

En ce qui concerne la confiance, « entendue ici comme un sentiment d'assurance quant à sa capacité à faire face aux différentes circonstances de la vie » (ibidem, p. 65), l'auteure cite les travaux de Bandura (2003) qui ont montré que « croire que l'on peut modifier le cours de sa vie ou produire des effets sur son environnement augmente le niveau de pouvoir sur ses actions » (ibidem, p. 65). Cette ressource va se construire dans la confiance en soi qui est de l'ordre de l'aptitude personnelle mais également dans la « mise en confiance en soi » qui elle, provient d'une instance extérieure. Ainsi, l'engagement dans l'agir confère une importance capitale dans à un autre que soi. Mohib ne précise pas qui est cet « autre » mais nous faisons le lien avec des encadrants qui permettent « l'essai/erreur » dans leurs équipes.

Dans son étude, l'expérience professionnelle apparait comme un autre élément essentiel de l'engagement dans l'action. Il semble que l'expérience mais surtout la capacité réflexive des professionnels (c'est-à-dire la capacité à réfléchir à des expériences antérieures et d'en tirer des apprentissages) permet aux professionnels « d'acquérir de nouveaux « savoir-faire » et « comment faire », mais également à développer leur « pouvoir d'agir ». » (ibidem, p. 66).

La capacité d'agir renvoie à l'approche québécoise du « sujet capable ». Elle correspond à la conception de l'homme comme « sujet capable », acteur au quotidien de son travail et de la sécurité pour lui-même et pour les autres (Rabardel & Beguin, 2005 ; Pastré, 2011). Pour Gouédard et Rabardel (2012, p. 3), la « capacité d'agir » est liée aux compétences, aux instruments et à l'ensemble des ressources développées comme moyens potentiellement opératifs dans le monde où ils peuvent être mobilisées et mis en œuvre par les sujets. La capacité d'agir n'est pas une capacité en général, mais une capacité à faire quelque chose, à faire advenir quelque chose dans l'espace des situations et des classes de situations correspondant à un ensemble significatif pour le sujet, par exemple dans un domaine d'activité professionnelle ou de vie quotidienne. Elle dépend des régularités spécifiques du ou des domaines d'activité auxquels elle correspond. »

La capacité d'agir ne doit pas être confondue avec le **pouvoir d'agir** développé par la clinique de l'activité (Clot, 1997) même si elle permet de « créer les conditions pour qu'elles (les personnes) puissent agir individuellement ou collectivement sur ce qui est important pour elles » (Le Bossé, 2007, p. 6) cité par Gouédard et Rabardel (2012, p. 3). Le concept de pouvoir d'agir est récent dans le champ de la psychologie du travail. Il s'inscrit dans la conception de l'activité et donc, se situe dans l'action. Le pouvoir d'agir est ce que le sujet réalise effectivement et concrètement dans une situation singulière de travail. La notion de pouvoir d'agir est essentielle dans le développement de la santé des individus. Il nous faut distinguer la marge de manœuvre que nous pouvons définir comme la possibilité d'action d'un individu, mais en quelque sorte qui lui est laissée dans l'organisation du travail. La capacité d'agir renvoie essentiellement à des aptitudes individuelles alors que le pouvoir d'agir se construit dans l'action et avec les autres. Or, « Le sujet ne trouve pas d'abord en lui-même le pouvoir d'agir sur lui-même. Il découvre ce pouvoir dans son activité avec les autres. » (Clot & Simonet, 2015, p. 36). Le courant de la clinique de l'activité précise que le pouvoir d'agir se développe à partir de la conflictualité inhérente du travail.

La notion « d'environnement capacitant » semble également une composante du développement de la santé à explorer. Elle nous permet de transposer l'interrogation de Clot et Simonet (2015, p. 35) du « sujet capable comme support du pouvoir d'agir » sur l'environnement, comme support du pouvoir d'agir. Falzon (2005) cite Mahbub ul Haq qui décrit « l'environnement capacitant » comme l'ensemble des conditions d'une activité permettant le développement des individus. Caroly (2010, p. 68) transpose cette notion à l'activité collective : « un environnement capacitant peut être une condition collective pour que celle-ci permettent le développement des individus et des collectifs de travail ».

Reconnaissance et pouvoir d'agir

La **reconnaissance** est un autre élément modérateur du stress étudié à partir du modèle interactionniste. Le besoin de reconnaissance ou la quête de légitimité parait un élément essentiel dans l'étude de Mohib pour l'engagement dans l'agir. Elle montre que les individus ont besoin de se référer à autrui pour agir lorsqu'ils sont confrontés à des situations complexes. « Il semble que ces échanges apportent avant tout une forme de soutien, voire de réconfort. » (Mohib, p. 66) Elle a identifié trois catégories de référents auprès desquels les professionnels vont se référer avant de s'engager dans l'agir professionnel en situation complexe. Or, les encadrants apparaissent en troisième position largement après les collègues de travail et les pairs. Le référent est choisi par le professionnel selon deux critères : la dimension affective de la relation à l'autre et le partage de la vision du monde. L'étude montre que l'expérience, la compétence, le statut social ne constituent pas forcément un choix dans la quête de légitimité.
Le concept de reconnaissance a été étudié à partir des travaux de Siegrist (1996) selon le modèle effort/récompense. Cet auteur énonce le principe selon lequel la perception de l'effort fourni par un individu est atténuée par le sentiment que cet effort sera reconnu. Cette « récompense » de l'effort a été déclinée sur trois registres : matériel (rémunération, primes par exemple), image (estime, respect) et/ou statut (évolution de carrière).
Des travaux démontrent les liens entre la reconnaissance et la santé au travail (Deloche, 2006 ; Gollac et coll., 2009) notamment pour ce qui contribue à l'estime de soi. La clinique de l'activité modifie le regard sur cette conception de la reconnaissance. Sans nier l'importance de ce qui peut contribuer à soutenir les individus, elle s'attache à démontrer la nécessité d'une reconnaissance du travail et pas seulement individuelle mais aussi collective. En 2008, Clot écrivait que « la conceptualisation de la reconnaissance est un chantier ouvert » (Clot, 2008, p. 253-254). Il faudrait distinguer différentes formes de reconnaissance à partir de sa finalité mais

aussi de son objet. En cela, cet auteur cite Honneth qui met en garde contre les idéologies managériales de la reconnaissance qui « veillent à assurer une disposition motivationnelle afin que s'effectuent sans résistance les devoirs et tâches attendus. » (Honneth, 2006, p. 262). L'autre risque, déjà dénoncé, est celui de l'hygiénisme où l'objet de la reconnaissance serait la souffrance au travail. La reconnaissance en psychodynamique du travail et en clinique de l'activité est la « reconnaissance par autrui qui est ici au centre du propos. La reconnaissance y est intersubjective. » (Clot, 2008, p. 252) et elle porte sur l'activité qui contient en elle « l'occasion de transformations effectives de l'organisation » (Clot, 2008, p. 253). La reconnaissance permet alors de mettre en débat la qualité du travail afin que le professionnel se reconnaisse « dans » son travail. La notion de fierté du « bon travail », la « conscience professionnelle » s'associent naturellement comme vecteur de la reconnaissance du travail et de la santé. En psychodynamique du travail, la reconnaissance est fondée sur deux jugements. Tout d'abord le jugement d'utilité délivré par la hiérarchie et par l'usager (le destinataire de l'activité). Le deuxième jugement est celui de la beauté est délivré par les pairs et soutenu par la référence aux règles de métier. Mais c'est aussi le jugement porté sur ce que le professionnel a apporté d'original dans son activité. Il est « sa signature singulière » (Molinier, 2006a, p. 142) sur laquelle il étaye son identité professionnelle en construction permanente.

Le soutien social

Le modèle interactionniste a ensuite été complété par Karasek et Theorell (1990) d'une troisième catégorie de ressources dans la construction des liens entre la santé et le travail : le soutien social. Ruiller (2011) distingue deux approches théoriques : l'étude de la qualité des relations et celle des ressources échangées. Cette dernière fait état de ressources tangibles (matériel, prêt d'argent) ou socio-émotionnelles (communication, manifestation d'estime). Cette auteure cite Gouldner (1960) « qui place la réciprocité comme mécanisme de départ des relations interpersonnelles. » (Ruiller, 2011, p. 224). La perception du soutien organisationnel a été étudiée en gestion comme composante essentielle de l'implication des salariés. Eisenberger et al. (1986), cité par Ruiller, décrit ce concept comme « un processus de personnification de l'organisation par les salariés. Selon ces auteurs, la perception du soutien organisationnel correspond à l'évaluation par les salariés de la valorisation de leur contribution par l'organisation ainsi que le degré de prise en compte de leur bien-être. » (Ruiller, 2011, p. 225). Une échelle de mesure permet d'évaluer la perception du soutien organisationnel par les

encadrants. Trois items sont généralement retenus : « mon supérieur prend en compte mes opinions », « mon supérieur se préoccupe vraiment de mon bien-être », « mon supérieur se soucie peu de moi ». Nous les retrouvons régulièrement dans les questionnaires élaborés pour mesurer la satisfaction au travail, associés aux items de Karasek sur les contraintes organisationnelles et la latitude décisionnelle. Ruiller (2011) précise qu'il existe peu de travaux en ce qui concerne la nature des ressources échangées. « Karasek et coll. ont intégré le soutien social dans le Job Content Questionnaire en 1982. Ils distinguent quatre types de soutien du supérieur hiérarchique :

- Le **soutien instrumental** : premièrement, il englobe la latitude décisionnelle que le supérieur permet à ses collaborateurs pour organiser leurs taches. Ensuite, ce soutien caractérise les propositions d'amélioration des conditions de travail et la facilitation de l'échange d'informations entre les membres des équipes. Il intègre enfin les actions pour favoriser la cohésion entre les membres de l'équipe.
- Le **soutien réceptif** : caractérise l'attention que le manager prête à ses collaborateurs ainsi que sa disponibilité d'écoute des problèmes professionnels.
- Le **soutien de « tolérance »** : est lié au degré d'autonomie dans l'organisation du travail.
- Le soutien **d'autorité** : renvoie aux attentes du manager par rapport au travail de ses collaborateurs (respect des règles, efforts fournis).

Concernant le soutien des collègues, ces mêmes auteurs étudient trois aspects du soutien :

- Le **nombre de collègues**,
- Le **soutien instrumental** : est lié aux efforts consentis par les collègues pour faire leur travail au mieux, leur degré d'autonomie dans l'exercice de leurs missions. Il caractérise aussi l'aide fournie par les collègues pour résoudre les problèmes professionnels.
- Le **soutien socio-émotionnel** : il caractérise le nombre de collègues de travail considérés comme des amis, le nombre de collègues de travail ayant les mêmes centres d'intérêt.» (Ruiller, 2011, p. 226).

Il semble que le soutien social, dans ses dimensions relationnelles et tangibles, nous renvoie à la notion « d'environnement capacitant » que nous avons déjà évoqué comme source du développement de la santé au travail. Nous constatons également que l'ensemble des ressources des modèles interactionnistes du stress insistent sur l'engagement dans l'action professionnelle et nous renvoie à la dimension collective du travail. « Pour s'engager dans l'agir professionnel, l'individu a besoin de se sentir autorisé par un groupe auquel il se réfère plus qu'à une figure

qui fait autorité pour lui. » (Mohib, 2011, p. 67).Le concept de collectif de travail nous semble une ressource en santé au travail suffisamment importante pour que nous l'intégrions dans les ressources interpersonnelles.

Les ressources psychosociales, une histoire collective ?

Dans le champ du travail comme dans celui de la santé, la question du collectif comme ressource psychologique et sociale devient incontournable, notamment depuis les travaux de Caroly (2010, 2012).

Mais avant d'analyser en quoi et comment un collectif de travail peut être une ressource pour la santé, il nous faut procéder en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous distinguons le groupe, l'équipe, le collectif de travail et le travail collectif afin d'en extraire leurs caractéristiques et les mettre en lien avec l'action d'un encadrant en santé au travail. Nous souhaitons l'aborder sous l'angle de la régulation. En effet, si les risques psychosociaux sont des situations de tension, l'action de l'encadrant va-t-elle se situer du côté de la régulation ? Selon les courants théoriques, la question de la régulation n'est pas abordée de la même manière et nous verrons successivement la régulation sociale (Reynaud, 2007), la régulation en ergonomie (Leplat, 2008), la régulation de l'activité (Caroly, 2010) pour préciser la réélaboration des règles comme moyen de développement du travail collectif. Ces distinctions devront nous aider à préciser le rôle de régulation des encadrants.

Éléments de construction d'un collectif de travail

Nous ne pouvons pas parler de collectifs de travail sans aborder des notions comme le groupe et l'équipe. La notion de groupe s'ancre dans les théories de la psychologie sociale (Lewin, 1948) et de la psychologie clinique (Anzieu & Martin, 1968) avec une attention particulière aux processus inconscients dont ils sont le théâtre (Anzieu, 1975). Cette distinction n'est pas anecdotique pour l'action des encadrants qui peuvent être, selon le point de vue, considérés comme encadrant « coach » et/ou encadrant « psychologue ».

Les apports des travaux de Caroly (2010) vont nous permettre de dépasser ce débat pour interroger non pas les individus en collectif mais le travail, l'activité collective de travail. En changeant notre regard sur « l'équipe » de travail, ses recherches ouvrent de nouvelles perspectives d'action pour un encadrant soucieux de la santé de ses équipes.

Un groupe n'est pas une équipe de travail

La psychologie sociale s'est intéressée au groupe. Lewin (1935) s'inspire de la physique pour travailler sur le groupe humain et il créé le concept de la dynamique de groupe. Pour lui, le groupe constitue une structure dynamique, un véritable champ de force avec des communications spécifiques. Ce qui caractérise un groupe, ce sont ses rapports entre ses membres : groupe d'amis, groupe de travail ; ce qui fera dire à Sartre (1960) que le groupe est composé d'individus qui sont réunis pour un temps et qui dépend de l'occasion.

La solidarité mais aussi la coopération et la cohésion, que l'on peut considérer comme le « premier ciment » qui lie les membres du groupe (Mucchielli, 2009, p. 42), s'inscrivent dans une notion d'effort réclamé ou décidé mais, dans tous les cas, collectivement consenti. Nous pouvons faire du lien avec l'approche psychanalytique dans cette distinction entre l'idéal du groupe et le groupe idéal. « Si l'un des membres déroge à l'idéal, il encourt peut-être une sanction, mais surtout la réprobation et la honte : il a moralement failli par rapport à l'équipe. » (Barus-Michel, 2012, p. 16).

L'équipe se différencie du groupe à partir du type de relation qui s'instaure pour atteindre un but commun. « La rationalité et donc l'organisation y sont aussi plus précises en vue de l'efficacité : es rôles sont nettement distribués et clarifiés : l'équipe, c'est l'équipage d'un navire ou l'équipe sportive. Les objectifs sont efficacité et réussite dans une activité qui est posée comme demandant un effort solidaire. L'équipe est réunie pour quelque chose qui n'est pas facile et donc doit être soudée, moins en termes d'affect ou d'émotion que de collaboration. Solidarité veut ici dire encastrement de complémentarité dans l'action, intelligence et entente plus qu'amour réciproque. C'est dire que les relations qui permettent l'accord sont importantes, au-delà des rapports. » Et l'auteur rajoute, ce qui nous semble important dans la perspective d'une santé « vivante » qui se construit dans la relation, « l'objectif est vivant de ce qu'il est partagé. » (Barus-Michel, 2012, p. 18). L'objectif est vivant car « En deçà de la solidarité, est née la confiance qui s'entretient dans le faire ensemble. ». Cette approche de l'équipe renvoie aux équipes sportives et à une vision de l'encadrant comme un « coach ».

Alors qu'un groupe est lié par des rapports sociaux entre ses membres, l'équipe créé des relations qui vont au-delà. La question de la solidarité nécessaire dans une équipe va « obliger » ses membres à dépasser les « simples » relations pour s'engager dans des rapports d'activité. Nous pourrons alors qualifier l'équipe de « fine équipe, belle équipe, esprit d'équipe, partir en équipée, équipe sportive, équipe de travail, former les équipes… faire équipe, autant

d'expressions qui manifestent le besoin d'être ensemble, dans une proximité chaleureuse et solidaire, un objet commun d'investissement et de partage qui empêche les conflits d'éclore » (Barus-Michel, 2012, p.16).

Équipe et santé : du travail collectif au collectif de travail

Une équipe est-elle un collectif de travail ? Á première vue, la différence semble ténue. Pour répondre à cette question, il nous faut interroger les caractéristiques d'un collectif de travail et notamment le travail collectif.

« Nous définirons le travail collectif dans le champ scientifique, en le distinguant du collectif de travail et des régulations collectives. De notre point de vue, le collectif de travail est articulé avec le travail collectif selon trois cas de figure :

- La tâche collective prescrite sans collectif de travail. Il s'agit de relations horizontales par rapport à la tâche, prescrites par l'entreprise, où il n'y a pas forcément de collectif de travail ;
- L'activité collective avec un collectif de travail. Ici, le groupe de travail n'est pas prescrit par les organisateurs. Il se constitue pour arriver au but. Il s'agit de relations horizontales par rapport à l'activité. La construction de nouveaux objectifs de travail se fait par le groupe, par une connaissance des compétentes de chacun et par la mise en commun des pratiques pour pouvoir travailler ;
- Une activité individuelle répondant à un collectif de travail. Il est tout à fait possible de réaliser le travail de façon individuelle et non en travail collectif effectif (au sens de coopération ou de collaboration), tout en s'inscrivant dans une élaboration du collectif de travail, si l'on considère les stratégies mises en œuvre avec l'âge et l'expérience. » (Caroly, 2002, p. 3).

Notre recherche s'intéresse plus particulièrement à l'activité collective avec un collectif de travail. Mais la définition donnée par Caroly pose la question de l'encadrement. Le sujet qui intéresse ici est l'encadrant de proximité, responsable d'une « équipe » de travail. Il est bien entendu que d'autres formes de management peuvent intervenir dans une activité collective avec un collectif de travail comme le management par projet. « La diversité des formes du travail collectif peut être analysée par l'interaction entre trois éléments :

- La possibilité pour les membres du collectif de répondre aux exigences des tâches ;
- Avoir un but ou des sous-buts communs ;

- Partager un espace de travail et s'inscrire dans une échelle temporelle à plus ou moins long terme. »

Les collectifs de travail concernés par cette recherche cumulent ces trois éléments : ils ont la possibilité de répondre aux exigences de la tâche, ils partagent au moins un but et des sous-buts communs et ces collectifs sont prévus pour partager une certaine échelle temporelle. Ce dernier élément peut être variable non pas en fonction des buts comme dans une équipe projet mais en fonction de la volonté d'un ou plusieurs membres de continuer à « faire ensemble ». Ainsi, le taux de rotation du personnel peut devenir un indicateur de cet élément (Caroly, 2002).

Le travail collectif est la manière de travailler ensemble, c'est le « faire ensemble » par rapport à un objet du travail.

Du travail collectif au collectif de travail : des conditions supplémentaires

Ainsi, l'activité d'une équipe se distingue du travail collectif d'un collectif de travail par le fait que « la description des conditions d'élaboration du travail collectif ne peut être réduire à un partage de buts (Schmidt, 1991 ; Leplat, 1994 ; Rogalski, 1994), car il existe d'autres critères pour le décrire dont la concertation et la coordination. » (Caroly, 2002, p. 4). « La concertation a été définie comme étant un élément essentiel de la « coopération et de la collaboration pour confronter et ajuster les points de vue ou négocier des perspectives ou des choix (De la Garza, 1998, p. 25). Ce qui n'exclut pas l'émergence de conflits pour se mettre d'accord. » (Caroly, 2002, p. 4). « La coordination se définit comme étant « la planification et l'organisation temporelle des activités ; elle implique un ordonnancement de comportements, d'actions et/ou de décisions, qui se fait en terme d'unités temporelles » (De la Garza, 1998, p. 24). » (Caroly, 2002, p. 4).

Les travaux de Caroly (2002) auprès de deux bureaux de poste illustrent l'importance des collectifs de travail et leur capacité à gérer collectivement les conflits issus du travail. Elle montre l'importance des attitudes des encadrants dans la capacité d'agir des collectifs de travail. Le rôle de l'encadrement ne serait-il pas de rendre possible l'existence et le développement du pouvoir d'agir des collectifs ? L'enfermement dans les prescriptions ne favorise pas le développement de cette fonction. Caroly nous montre que prescrire le travail ne suffit pas, il faut pouvoir créer des espaces où le réel du travail a sa place, où il peut être discuté, mis en débat. Être manager aujourd'hui, c'est peut-être avoir cette souplesse d'être là, présent et à la fois absent. L'encadrant se doit d'être présent pour être garant du cadre de la solidarité de

l'équipe, tout en lui laissant suffisamment de marge de manœuvre pour qu'elle construise ses propres règles de métier.

Aussi, l'attitude de l'encadrant peut favoriser, ou non, l'intelligence collective à résoudre les difficultés qui se présentent et à affronter la conflictualité du travail. Favoriser la marge de manœuvre, le pouvoir d'agir, d'un collectif de travail semble particulièrement pertinent pour décrire l'action des encadrants dans la prévention des risques psychosociaux. L'action des encadrants en santé au travail consisterait alors de favoriser un « environnement capacitant ». « Considérer l'environnement capacitant comme une composante du système de l'activité collective m'apparaît intéressant. La notion « d'environnement capacitant » de Mahbud ul Haq, cité par Falzon (2005), vise à rendre compte des conditions d'une activité permettant le développement des individus. Cette notion peut se transposer à l'activité collective : un environnement capacitant peut être une condition de l'activité collective pour que celle-ci permettent le développement des individus et des collectifs de travail. » (Caroly, 2010, p. 68). Alors, l'auteure pose une question : « Si l'on considère que l'activité collective donne les moyens de construire des compétences et d'accéder à un mieux-être pour les individus, une autre question se pose immédiatement : la santé du collectif existe-t-elle, comme il existe par ailleurs une santé individuelle ? » (ibidem, p. 168). Cette question nous parait intéressante car elle déplace la question de l'action des encadrants sur la santé des individus à l'action des encadrants sur la santé d'un collectif de travail. Sans apporter de pistes d'action, Caroly nous propose des indicateurs pour repérer la « vitalité d'un collectif de travail » : capacité du groupe à s'ajuster aux difficultés, maintien et entretien d'une stabilité des membres du groupe pour être en harmonie avec le travail, émergence de règles communes face à des contraintes extérieures, gestion collective des facteurs externes, des perturbations au lieu de les gérer individuellement, soutien et aide d'un membre du groupe soumis à des perturbations internes ou externes, partager des points de vue et des divergences sur « prendre soin », équilibrer les efforts individuels, développer les compétences de chacun, compétence de membres du groupe à connaître le fonctionnement de l'entreprise, partager du sens sur les actions objets de conflits de buts et compétence à réorganiser le travail, confiance mutuelle dans ce que fait l'autre, construction d'un genre professionnel autorisant des styles individuels, accueil du nouveau, transmission du métier. (Caroly, 2010, p. 168-169). L'absence de ces indicateurs indique que le travail collectif est dépourvu de collectif de travail et signe une souffrance au travail ainsi qu'une perte d'efficacité.

La théorie de la préservation des ressources

La théorie de la préservation des ressources de Hobfoll (1989, 2001) est fondée sur l'hypothèse que les salariés cherchent en permanence à conserver, protéger et construire des ressources. Ainsi, cette théorie postule que le mal être, la souffrance et l'épuisement professionnel surviendraient lorsqu'un individu perd, ou perçoit de perdre une ou plusieurs ressources qui soutiennent sa motivation. Hobfoll a distingué quatre types de ressources :

- Les **ressources tangibles** représentent les éléments matériels auxquels le salarié attache de l'importance dans sa fonction (logement de fonction, statut, salaire…)
- Les **ressources interpersonnelles** décrivent les liens avec l'entourage professionnel (soutien, reconnaissance, temps de partage conviviaux…)
- Les **ressources personnelles** sont les éléments propres au salarié qui le caractérisent dans son investissement professionnel (estime de soi, valeurs, expérience…)
- Les **ressources énergétiques** rassemblent des éléments qui permettent le développement d'autres ressources (la formation par exemple)

La théorie de la préservation des ressources s'appuie sur le modèle du stress. Elle part du postulat que le salarié n'est pas passif face à une perte (ou potentielle perte) de ressources qui pourrait le déstabiliser et le conduire à l'épuisement.

De notre point de vue, cette approche qualifiée de « salutogénique » (Neveu, 2012 ; Richard, 2012) en opposition à une vision « pathogénique » du travail, nous permet l'analyse des ressources issues du modèle du stress professionnel que nous venons de décrire.

Mais nous ne pouvons ignorer les ressources qui sont propres à l'organisation et qui n'apparaissent pas dans le modèle COR de Hobfoll.

1.2.2. Les ressources du métier

Cet état des lieux sur les ressources soutenant la santé au travail nous a conduits à nous intéresser au concept d'architecture du métier développé par Clot (2008). Il nous a semblé que ce concept pouvait non seulement constituer un modèle intégrateur des ressources permettant à un encadrant de favoriser le bien-être des équipes mais aussi un modèle opérant pour élaborer des actions soutenant son action. Nous allons tout d'abord préciser le concept de « métier » avant de présenter son architecture. Ensuite nous ferons le lien entre les différentes dimensions

de l'architecture du métier et les ressources psychosociales que nous avons précédemment développées. Nous aborderons ensuite la dynamique du modèle. Á partir de là, nous pourrons formuler nos questions de recherche.

Le terme de « métier » a été peu utilisé depuis la révolution industrielle comme s'il n'avait pas sa place dans une organisation taylorienne du travail. Dès le IXe siècle, nous voyons apparaître le terme de « menestier » ou « mestier » qui vont exprimer les notions de fonction, service, de ministère (religieux ou armé) (Bouayad, 2000). Par extension, ce terme va être utilisé sous un angle individuel en désignant des personnes qui possèdent un art, des connaissances, des savoir-faire spécifiques basés sur une pratique, une expérience qui s'acquièrent dans le temps. Au fil des siècles, ce terme va être repris par le compagnonnage et les corporations qui se regroupent et organisent leurs activités. Ainsi, le terme de métier va acquérir à la fois une envergure collective et une noblesse ; on parlera de « gens de métiers » qui désignent un partage de compétences, des savoir-faire collectivement partagés et reconnus au sein d'un même groupement d'individus. Il y a aussi une notion de « secret ». En effet, la transmission de règles de métier se déroulait avec des protocoles très précis.

Alors qu'il est issu de techniques manuelles, le terme de « métier » est aujourd'hui utilisé dans les différents secteurs d'activité, jusqu'aux professions dans les services. « Le mot métier conserve sa vitalité. Quand le geste traditionnel du métier manuel n'est plus central, le mot métier le reste. » (Clot, 2008, p. 250). Osty (2003), citée par Clot (ibid) a analysé la « résistance » du mot dans un ouvrage « Le désir de métier ». Elle présente trois instances dans lesquelles s'enracinent le mot « métier » et celles-ci « circonscrivent ici les scènes sociales où se déploient trois processus distincts : l'élaboration d'une compétence spécifique, l'accès à l'identité et l'édification des règles sociales » (Osty, 2003, p. 228). Ses recherches font état de l'écart créé entre les nouvelles formes de gestion et le besoin de reconnaissance de l'expérience individuelle et collective. Et elle rajoute ce qui nous intéresse particulièrement : « Et c'est à ce niveau qu'intervient le rôle de l'encadrement de proximité comme réducteur des tensions. Cet « acteur hybride », à la fois du côté du contrôle et du côté des équipes, est le seul à pouvoir « construire une synthèse supportable entre des logiques à priori irréconciliables. » (ibidem, p. 227).

Clot nous propose d'aller plus loin dans le concept de métier et de le faire évoluer dans le champ de la psychologie du travail en proposant un modèle psychologique et développemental du concept de métier en lien avec la santé. Dans l'introduction de son ouvrage « Travail et pouvoir

d'agir » (2008), il présente ainsi son ambition : « Je reviendrai plus généralement sur le mot de « métier » qui résiste dans le langage ordinaire alors même que ses attributs sociologiques des réalités qu'il désigne ne cessent de se déliter. J'ai la faiblesse d'y voir un intéressant problème de problème psychologique contemporain qui complique à souhait l'opposition à la mode entre individuel et collectif dans le travail humain. » (Clot, 2008, p. 2). Ces articulations entre l'individuel et le collectif, le travail humain et le métier, ont particulièrement retenu notre attention. Il nous semble que le terme de « métier » va nous permettre de sortir de quelques oppositions pour s'orienter résolument du côté de « prendre soin du travail » et, plus spécifiquement, « prendre soin du métier », du sien et de celui des autres pour un encadrant.

Le concept d'architecture du métier

« Il faut maintenant mieux définir l'architecture conceptuelle du mot et surtout la perspective développementale que nous lui appliquons pour « modéliser » le métier en psychologie du travail. Résumons d'abord : le métier, au sens où nous l'avais déjà défini plus haut est tout à la fois personnel, interpersonnel, impersonnel et transpersonnel. » (Clot, 2008, p. 258). Cet auteur propose un modèle psychologique et développemental à partir du concept de métier nommé « l'architecture du métier ». Dès 1999, ses écrits décrivent les quatre registres. Notre recherche va tenter d'utiliser ce concept pour analyser les ressources psychosociales contenues dans les différentes instances du métier et d'en comprendre la dynamique afin de proposer ce modèle comme un outil lui permettant de soutenir l'action des encadrants en santé au travail. Nous proposons de décrire les quatre instances du métier ;

L'instance Impersonnelle

Ce registre concerne la tâche inclue dans le travail ; c'est-à-dire ce que l'organisation prescrit pour réaliser le travail. « Le métier est impersonnel en tant que produit social de l'organisation du travail qui fixe les tâches, les missions, attribue des moyens pour les réaliser, évalue les résultats. Le métier est conçu « pour tous », indépendamment des caractéristiques de chaque salarié » (Miossec & Clot, 2011, p. 203). Elle décrit l'organisation prescrite de la tâche : « tâche ou fonction prescrite par l'organisation du travail au vu de quoi ceux qui travaillent sont nécessairement interchangeables. » (Clot, 2006, p. 167) d'où le terme « d'Impersonnel ».

L'approche ergonomique du travail nous a permis d'approfondir cette notion de « travail prescrit » qui se distingue de la notion d'activité. La tâche « prescrite » par l'organisation du travail va subir différentes transformations. Elle va être redéfinie par le sujet (tâche redéfinie) afin de l'opérationnaliser avant d'être effective : ce sera la tâche réellement faite. Leplat (2008) insiste sur la différence avec la tâche achevée qui est la tâche perçue par celui qui l'évalue. La perception entre celui qui l'a faite et celui qui contrôle peut être totalement différente. Être encadrant, c'est contrôler la tâche prescrite par l'organisation (dans ses buts et dans ses moyens). L'approche de Clot, dans la régulation de l'activité, va plus loin. Pour lui, la tâche est un objet de discussion : « La prescription n'est pas le contraire du travail. Elle est le résultat d'autres activités, le résultat « refroidi » des activités de gestion et de conception (Clot, 1994 ; Daniellou, 1996). La tâche fixe, le plus souvent les compromis passés entre les concepteurs et les managers à propos des représentations qu'ils se font du réel et des opérateurs. De manière indirecte, elle incorpore donc l'histoire des initiatives de ces opérateurs, parie sur elles ou au contraire s'en défend. L'existence d'un travail de prescription est là pour témoigner qu'entre concepteurs et opérateurs, c'est bien du travail qui s'échange, au travers des subordinations sociales. » (Clot, 2004, p. 96). « L'organisation du travail paraît centrale pour favoriser ces régulations collectives aboutissant à compenser les difficultés de la situation et permettre que les aides s'organisent entre les opérateurs (Paumès, 1990 ; Florès, Isnard, 1992 ; Millanvoyce, Colombel, 1996). » (Caroly, 2002, p. 3).

L'instance Interpersonnelle

Elle rend compte du fait que le travail se fait toujours pour et avec les autres justifiant que le métier soit aussi « Interpersonnel ». « Le métier est interpersonnel. On travaille toujours avec les autres qu'ils soient ou non présents dans la situation. » (Miossec & Clot, 2011, p. 203). « Il (le métier) ne saurait exister sans destinataire. » (Clot, 2010, p. 167)

Cette instance est le lieu des échanges entre la prescription et le réel du travail. Alors que la dimension Impersonnelle concerne les instruments organisationnels de l'activité, elle est instituée par l'activité interpersonnelle. Celle-ci va rendre le métier vivant : « Pour qu'il continue à vivre là, il faut qu'il soit vivant ailleurs. Il vit donc aussi – ou il meurt- entre professionnels et en chacun d'eux dans la motricité des dialogues où se réalisent ou non les échanges intrapersonnels et interpersonnels sur le réel du travail. » (Clot, 2008, p. 258) Ainsi, l'instance Interpersonnelle interroge le réel de l'activité alors que l'impersonnel fixe le travail prescrit.

L'axe reliant les instances Impersonnelles et Interpersonnelles du métier est l'axe du développement de l'activité. L'instance Interpersonnelle contient en puissance le développement des ressources interpersonnelles des modèles du stress. Ainsi, la reconnaissance « relève de la délibération collective » (Molinier, 2006a, p. 141). C'est donc dans l'instance Interpersonnelle que nous plaçons la reconnaissance telle qu'elle est abordée par la Psychodynamique du travail. Dans cette instance, l'encadrant n'évalue pas les moyens utilisés (comme dans l'instance Impersonnelle) mais il « authentifie que les objectifs fixés ont été atteints » (ibid, p. 142). Le soutien social constitue également une ressource du métier ainsi que la marge de manœuvre offerte (ou pas) par un environnement capacitant.
Selon Clot (2008), la vitalité du métier passe par cet axe en débattant (entre pairs et/ou avec la hiérarchie) des écarts entre le prescrit (dimension Impersonnelle) et l'activité. «De cette vie-là, les professionnels concernés sont directement comptables. Il s'agit du travail collectif pour accomplir la tâche et la repenser ensemble dans l'activité conjointe. » (Clot, 2008, p. 258).

Dans cette instance, nous sommes au cœur des débats et des controverses sur l'activité. Nous pouvons poser comme principe que l'axe reliant l'instance Impersonnelle et l'instance Personnelle sous-tend la conflictualité inhérente au travail. « Notons que si l'on dénonce aisément la surdité (souvent bien réelle) des directions vis-à-vis des difficultés des équipes, il est aussi important de réfléchir sur le refus de certaines équipes de prendre en compte des dimensions socialement incontournables, économiques par exemple. (…) Les confrontations sont indispensables. » (Molinier, 2006a, p. 142-143). C'est également par la discussion que va se construire le pouvoir d'agir et aussi la Métis, l'intelligence rusée des situations.

L'instance Transpersonnelle

Clot présente clairement cette instance comme étant le genre professionnel. Il nous faut donc le définir pour comprendre ce qu'elle recèle de potentiel dans la construction de la santé individuelle et des collectifs de travail. « Le métier est transpersonnel. Cette instance équivaut au genre professionnel (Clot, 1999) qui rend compte de la mémoire collective des manières d'agir, de dire, de penser et de ressentir qui lient entre eux ceux qui font le même métier. ». (Miossec & Clot, 2011, p. 203).
La notion de « genre » ne renvoie pas aux études de la construction sexuelle portée par le courant de la Psychodynamique du travail (Clot & al., 2000 ; Molinier, 2006a). Pour Clot le genre concerne « les ressorts d'une histoire possible du sujet et du social. » (Clot et coll., 2000,

p. 9). Les origines du concept de genre, et donc de la dimension Transpersonnelle, prennent leurs sources auprès de deux auteurs : Bakhtine (1926), sémioticien russe et les travaux de Bruner (1991) qui a tenté de définir une psychologie culturelle du travail.

En 2000, Clot et coll. parlent de genres langagiers et de genres techniques. (2000, p. 9). Pour définir le genre langagier, les auteurs s'appuient sur les travaux de Bakhtine. « Ces genres, qui sont les parlés sociaux en usage dans une situation, nous sont quasiment donnés autant que nous est donnée la langue maternelle. Les genres organisent notre parole autant que les formes grammaticales. Aux mieux, le sujet les recrée-t-il, mais il ne les crée pas. Plus que donnés, ils lui sont prêtés pour pouvoir parler et être entendu des autres. On ne peut pas mettre en œuvre un énoncé qui ne fasse pas référence à un autre énoncé du même genre. La parole n'est donc pas un acte purement individuel opposé à la langue comme phénomène social. Il existe un autre régime social du langage organisé selon les formes sociales cataloguées de la parole dans un domaine d'activité. Bakhtine parle du « diapason lexical » propre à un milieu et à une époque (1970, p. 279). » (Clot et coll., 2000, p. 10)

La composition du « genre technique » s'articule avec la dimension Impersonnelle : « Les genres de techniques font le pont entre l'opérationnalité formelle et prescrite des équipements matériels et les manières d'agir et de penser d'un milieu. On ne constate pas seulement la présence d'énoncés déplacés ou, au contraire, convenus dans un milieu social mais tout autant celle de gestes et d'actes matériels et corporels mal – ou bienvenus. La portée normative d'un genre technique n'est pas moindre que celle d'un genre langagier. Mais les ressources qu'il fournit aux sujets pour contrôler leurs actes en direction des objets n'ont également rien à envier à celles que conserve un genre de discours. De façon générale, on trouve une gamme d'activités imposées, possibles ou prohibées. Protosignifications et protoopérations sont d'ailleurs le plus souvent entrelacées, formant la texture du genre et de ses variantes. On pourrait dire que les genres de discours et les genres de techniques forment ensemble ce qu'on peut appeler des genres d'activités. » (ibidem, 2000, p. 12).

Les ressources de l'instance Transpersonnelle nous relient au courant de la psychologie culturelle. Clot (2008) cite les travaux de Bruner pour cerner ces « formes sociales de l'activité ». Ainsi, pour Bruner, « appartenir à une culture c'est accomplir un certain nombre d'actes exigés par les « choses » qui nous entourent en trouvant dans cette culture des prototypes sociaux pour le faire. Ces derniers sont les « aides » de toute nature qui définissent le travail avant que nous le réalisions et qui nous permettent de ne pas avoir à réinventer les solutions déjà trouvées. Les outils et les signes jouent ce rôle, bien-sûr. » (Clot et coll., 2000, p. 36).

Aussi, nous retiendrons la définition du genre donnée par Clot : « **la partie sous-entendue de l'activité** est ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations présupposées, sans qu'il soit nécessaire de re-spécifier la tâche chaque fois qu'elle se présente. C'est comme **un « mot de passe** » connu seulement de ceux qui appartiennent au même horizon social et professionnel. Ces évaluations communes sous-entendues prennent dans les situations incidentielles une signification particulièrement importante. En effet, pour être efficaces, elles sont économiques et le plus souvent elles ne sont pas même énoncées. Elles sont entrées dans la chair des professionnels, pré-organisent leurs opérations et leur conduite ; elles sont en quelque sorte soudées aux choses et aux phénomènes correspondants. C'est pourquoi elles ne requièrent pas de formulations verbales particulières. L'intercalaire social du genre est un corps d'évaluations communes qui règlent l'activité personnelle de façon tacite. On oserait presque écrire qu'il est **« l'âme sociale » de l'activité.** » (Clot, 1999, p. 34)

Nous pourrions dire que les instances Impersonnelle et Interpersonnelle sont les aspects visibles de l'activité : l'Impersonnelle la prescrit, l'Interpersonnelle intègre sa conflictualité dans la confrontation avec l'activité des autres. L'instance Transpersonnelle aborde la partie invisible de l'organisation, le « sous-entendu » de l'activité.

L'instance Transpersonnelle indique le « comment » dire et faire les « choses » de l'activité dans un collectif de travail ; ce qui va donner le « ton » qui « tel un diapason générique, signale que le travail collectif en cours est celui d'un collectif de travail inscrit dans une histoire et capable d'orchestrer l'activité » nous précise Clot (2008, p. 259) en citant ses travaux sur les collectifs de travail avec Caroly (2004). Cette instance est au cœur du « vivre ensemble » dans les collectifs de travail et dans plusieurs dimensions : ce sont « les manières sociales d'exercer sa pensée » (Clot, 1999, p. 37) mais aussi les manières sociales de se dire les « choses » du travail et d'utiliser (de transformer ?) les instruments prescrits donnés par la dimension Impersonnelle. Ce « vivre ensemble » est inscrit dans l'histoire et la mémoire professionnelle, dans une culture du travail pour reprendre Bruner (1991).

L'instance Personnelle

« Le métier est personnel : chacun développe ses manières propres de prendre et de s'y prendre avec le travail, de vivre dans son milieu de travail et de le faire vivre. ». (Miossec et coll., 2011, p. 203). L'instance Personnelle regroupe les différentes ressources personnelles d'un individu au travail que nous avons décrit à partir des modèles du stress : ressources cognitives mais aussi les ressources transactionnelles individuelles pour négocier la conflictualité du travail. Son mode de fonctionnement personnel et professionnel, son expérience et ses compétences, ses valeurs et sa sensibilité qui lui permettent de développer ses manières propres de prendre et de s'y prendre avec le travail.

Est-il le « style » individuel décrit par Clot ? « Le style participe du genre auquel il fournit son allure. Les styles sont le « retravail » des genres en situation, et les genres, du coup, le contraire d'états fixes. » (Clot & al. 2000, p. 15). « Le style, c'est aussi la distance qu'un professionnel interpose entre son action et sa propre histoire quand il l'ajuste, la retouche en se plaçant en dehors d'elle par un mouvement, une oscillation – là aussi parfois rythmique – consistant à s'en éloigner, à s'en solidariser, à s'y confondre mais aussi à s'en défaire selon de continuelles modifications de perspective qu'on peut considérer aussi comme des créations stylistiques. » (ibidem, p. 16).

La dynamique du métier

Ces quatre instances recèlent un potentiel de vitalité. En dynamique, le modèle devient opérateur (ou blocage) de santé au travail. « C'est en mouvement qu'un métier montre ce qu'il est. Et c'est lorsque ce mouvement est empêché ou contrarié que le travail devient un risque pour la santé. Tout est lié. Ou, du moins, devrait l'être pour que l'énergie psychologique indispensable à la vitalité professionnelle ne se dissipe pas autant dans les milieux de travail.» (Clot, 2008, p. 258). La dynamique du métier correspond à la dynamique des interactions entre chacune des instances. « Au regard de cette conception interactionniste, le développement du métier ou sa régression dépendra de la qualité des interactions entre les différentes composantes du métier ou de leurs grippages » (Gaubert, 2012, p. 191). Et, « Soigner son travail, c'est participer aux mouvements de liaisons et de déliaisons entre les instances du métier, faire vivre et revivre son métier. » (Miossec et coll., 2011, p. 204)

Un axe relie les instances Impersonnelles et Interpersonnelles : l'axe de développement de l'activité. La mise en discussion de la prescription de l'organisation (Impersonnel) en

confrontation avec le réel du travail permet aux individus et aux collectifs de travail d'utiliser leur intelligence rusée des situations, nommée également « Métis » que nous avons déjà décrite. Mais pour cela, il faudra à chacun et à tous suffisamment de marges de manœuvre, sentir un soutien de la part de l'entourage professionnel pour accepter un processus essai/erreur et la reconnaissance de ce qui a été mis en place. Un autre axe relie les dimensions Personnelle et Transpersonnelle : l'axe de développement du sujet. La dynamique du métier correspond à la dynamique des interactions entre chacune des instances.

L'axe vertical représente les liens entre les instances Personnelle et Transpersonnelle. Clot cite Vygotski (1985) « Au total, le métier dans cette fonction-là, est, dans l'activité, à la fois un instrument technique et un instrument psychologique pour chaque sujet. Il est à la fois relatif à l'objet travaillé et relatif à soi-même et aux autres » (Clot, 2008, p. 256). « Dans cette perspective, faire son métier doit s'entendre au sens fort. Il ne s'agit pas seulement de faire ce qui est à faire, d'accomplir la tâche, mais au travers de cette réalisation, d'éprouver les limites du métier lui-même. » (Clot, 2006, p. 167). « Faire son métier, c'est peut-être réussi ou échouer à prendre soin de cette architecture. Car les « ressources psychologiques et sociales » ne sont pas entreposées toutes au même endroit, méritant pourtant d'être entretenues partout. La santé au travail est peut-être à ce prix, à une dernière condition toutefois. Car nous sommes devant un problème : le métier n'existe à part entière ni dans l'activité, ni dans la tâche, ni dans le collectif. Vivant, il transite partout. Mort à un bout, il peut ressusciter à l'autre. Mais quiconque prétend l'incarner exclusivement le manque et l'usurpe. C'est un « non lieu » que ne peut s'approprier nul individu, nulle organisation, nul collectif. Mais le paradoxe est que ce « non lieu » soumet tout le monde aux exigences de la rectification. La santé au travail prend peut-être sa source là, car c'est aussi la source du travail d'institution du métier. » (Clot, 2010, p. 182-183). Ainsi, pour développer sa santé au travail, « il ne s'agit pas seulement « d'avoir du métier », « d'être du métier », mais de « faire le métier », en l'exerçant pour le réinventer au-delà des routines professionnelles. Cependant, le métier s'exerce toujours dans un contexte organisationnel qui lui fixe un cadre, un contenu constituant la dimension prescrite de ce métier » (Gaubert, 2012, p. 190).

L'architecture du métier semble recéler un potentiel pour développer la santé au travail. « Les possibilités de développement du métier pour augmenter le pouvoir d'agir et atténuer les souffrances nous semblent, ainsi, en lien avec le développement de l'organisation. La psychologie des organisations, enrichie par la clinique de l'activité, pourrait construire des théories plus « fondées » ou « ancrées » (au sens de Strauss et Corbin, 1990) et ne plus participer

à la dérive des dirigeants et gestionnaires vers un éloignement du réel de l'activité » (Sarnin et coll., 2012, p. 260). Ce n'est pas seulement une succession d'éléments de santé au travail que doit favoriser un encadrant mais une mise en dynamique de l'ensemble du modèle. « Les métiers sont mis au travail » (Miossec et coll., p. 199). La dynamique du métier et la mise en dynamique des ressources psychologiques et sociales du métier interroge les liens entre la santé et le travail. Il n'est pas seulement question de « restaurer », de « préserver » dans un état statique les ressources psychologiques et sociales du métier mais de les développer dans la perspective du développement de la santé.

1.2.3. La santé au travail : pour une « Santé Vivante » au travail

Comment définir la santé au travail ?

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé dès 1994 comme : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».
Cette définition ne caractérise pas seulement la santé comme une absence de maladie. Elle englobe une dimension plus large : un état complet de bien-être physique, mental et social. Cette définition, en préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) n'a jamais été modifiée. Elle permet de dépasser une approche strictement médicale.

Le Comité de la Santé Mentale du Québec renforce la perception de la santé comme un état individuel et propose la définition suivante : « La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de

la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne ». Cette définition se rapproche de la notion de bien-être comme nous l'avons vu précédemment et donnant une grille de lecture à partir d'éléments consécutifs à la santé.

Ces définitions « statiques » dégagent un côté normatif de la santé. Nous nous sommes appuyée sur les travaux de Roche (2014) pour définir la santé comme un processus qui s'inscrit dans la relation au monde et aux autres. Cet auteur fait référence à trois philosophes pour construire sa vision de la santé : « On remarquera à leur propos que tous ont en commun d'aborder la santé non pas en tant qu'état mais en tant que processus dont le déploiement ne peut être pensé qu'à partir d'un couple conceptuel :

- normalité/normativité pour Canguilhem,
- petite santé/ grande santé pour Nietzche
- et enfin persévérance en son état/persévérance en son être pour Spinoza. » (Roche, 2014, p. 2)

La normativité pour Canguilhem

L'approche de Canguilhem permet de nous éloigner d'une représentation de la santé « normée ». La santé est d'abord une expression du vivant et non un état. Elle est la manifestation de ses contradictions, de ses conflits, de ses tensions. Dans une approche globalisante (qui s'est rompue au 17e siècle), la santé est l'émanation d'un ensemble de puissances humaines. Le corps subjectif est à égalité avec le corps physique. Les affects (dont la question du plaisir et de la souffrance) expriment la santé globale (et non normée) d'un individu. Canguilhem (1988) précise que notre santé se construit dans un environnement dont il n'a pas le choix. Á partir de là, il nous faut penser la santé « à partir de la capacité de l'homme à transformer cet environnement, en refusant, ce faisant, de donner un caractère absolu au déterminisme ». (Roche, 2014, p. 3).

Cette approche de la santé nous permet de modifier notre regard sur les salariés dits « en souffrance ». Ils souffrent parce qu'ils sont vivants, ils sont malades parce qu'ils sont vivants, en santé. En cela, la santé se situe au-delà de la normalité. « L'homme est vraiment sain que lorsqu'il est capable de plusieurs normes, lorsqu'il est plus que normal » (Canguilhem, 1975,

p. 130). Ainsi, la résistance du professionnel à un enfermement dans des normes serait le signe de sa santé, l'expression de son « corps vivant ».

L'approche de la santé par Canguilhem nous permet de nous éloigner de la représentation d'un salarié « victime » (ce que la psychodynamique du travail propose également ainsi que la vision contestée par Clot de l'hygiénisme). Mais cette conception de la santé nous renvoie également au concept de « pouvoir d'agir », central dans l'œuvre de Clot, chercheur qui conçoit la santé dans la lignée de Canguilhem.

« La santé exprime la normativité du vivant, autrement dit sa capacité à produire des normes et à en jouer, et ce, quel que soit le milieu, que celui-ci soit hospitalier ou hostile, à les faire varier en fonction de celui-ci, qu'elle exprime aussi sa capacité à transformer, voire à instituer ce milieu autant qu'à le subir, voilà qui est essentiel selon nous parce qu'un tel énoncé rompt radicalement avec la conception selon laquelle la santé exprimerait la normalité, autrement dit la capacité à s'adapter aux normes existantes, à faire ce qui se fait le plus couramment ou ce qui doit être fait. » (Roche, 2014, p. 3).

Á partir de la notion de « normalité » de Canguilhem, « La santé au travail n'est pas préservée lorsqu'on survit dans un milieu professionnel sans maladie déclarée – officiellement ou non -, mais seulement lorsqu'on peut continuer à créer un milieu de travail pour y vivre normalement, c'est-à-dire en y développant sa capacité d'agir et de penser. Un milieu professionnel « normal » peut alors être défini comme un milieu dont l'organisation reste à la fois la source et la ressource de ce développement de l'activité. » (Clot & Litim, 2008, p. 101).

La « grande santé » pour Nietzsche

Pour Nietzsche, la « grande » santé n'est pas celle que l'on possède mais celle qu'il faut conquérir sans cesse dans un environnement contraint. Ce philosophe introduit l'idée d'une dynamique de la santé, d'un état jamais acquis mais à conquérir lorsque les occasions d'expérimenter de nouvelles valeurs et normes d'actions se présentent. « Une conception dans laquelle la santé ne s'oppose pas à la maladie, mais l'inclut de façon positive en la transformant en une opportunité d'expérimenter de nouvelles valeurs et normes d'action. Et plus encore une conception dans laquelle la santé requiert la survenue de la maladie pour devenir « grande » parce que seule cette dernière pousse, voire oblige celui qu'elle affecte à inventer de nouvelles normes pour continuer à vivre. Une maladie qui n'est donc pas seulement réduction des marges de manœuvre, des zones de tolérance mais aussi aiguillon pour un nouvel élargissement de

celles-ci ; une maladie qui n'est pas seulement rétrécissement du « milieu », mais aussi et contradictoirement au principe de son institution au travers de la façon dont l'individu la perçoit et la combat. Pour lui, la grande santé, c'est avant tout la capacité à prendre des risques, à vaincre les tendances morbides et à mettre à l'épreuve tous les désirs et toutes les valeurs. » (Roche, 2014, p. 4).

Cette approche de la « grande santé » de Nietzsche interroge l'action des encadrants en santé au travail. Les « facteurs de risques psychosociaux » deviennent l'occasion de mobiliser l'intelligence de la santé pour créer de nouvelles réponses, de nouvelles normes. Au lieu d'être figés par la notion de risques psychosociaux, les encadrants peuvent trouver l'occasion de favoriser, de développer le pouvoir d'agir des salariés source de santé. La construction de la santé se développe dans la capacité individuelle et collective de débattre du travail. « Plus fort mais aussi plus conscient, plus sensible, plus éthique, plus concentré sur l'essentiel (…) Il y a là une façon de situer la santé non seulement du côté de la production mais aussi de la création. » (ibidem, p. 4-5).

La persévérance en son être de Spinoza

Spinoza complète cette approche de la santé. Il convoque le corps subjectif, nos affects, afin de parfaire l'approche dynamique de la santé telle qu'elle est définie par Canguilhem et Nietzsche. Il distingue la persévérance en son état d'une persévérance en son être. La persévérance en son état vise à une « protection » de la santé cherchant à la conserver ou à la restaurer. La persévérance en son être convoque la confrontation à l'environnement contraint et contraignant qui devient une occasion d'augmenter la puissance d'agir et de penser de son être (Bové, 1996). Il nous semble que cette approche de la santé complète la conception du travail que nous avons développé en amont. Il est indéniable que le travail représente des contraintes : contraintes de temps, d'activités, relationnelles. Or, ces obstacles peuvent être perçus comme des possibilités de développer sa santé, une « santé vivante ». L'obstacle devient donc objet de développement de la santé et s'oppose à la conservation, à l'état statique. Chez le vivant, « la résistance ne se limite pas, comme dans l'ordre mécanique, à stopper l'action des forces adverses. Réactive, elle peut déjà être le signe d'un retour à la normalité, d'une petite santé recouvrée : active, elle participe elle-même de la normativité, de la production de la grande santé. Elle oblige alors à faire preuve d'inventivité et de créativité (Lhuilier & Roche, 2009). Et d'audace aussi car vivre, pour Spinoza, consiste à prendre, parfois consciemment et en l'assumant pleinement, le risque

d'être anéanti afin de le transformer en occasion de développement de son être. » (Roche, 2014, p. 6).

Ces approches de la santé nous éloignent des dispositifs d'intervention en santé au travail adossés aux modèles d'exposition aux risques, qui, de notre point de vue, visent une protection de la santé ou sa restauration. Par contre, elles nous rapprochent des dispositifs qui vont concevoir des transformations de la situation de travail à partir de la contribution des salariés. Lors d'une de ses conférences, Davezies insistait sur le fait qu'on ne fait pas la santé des gens dans leur dos. En effet, ce serait oublier leur capacité de résistance, signe de santé vivante, à vouloir transformer, utiliser, dépasser leur environnement de travail comme autant d'occasion de développer leur puissance d'agir et leur libération.

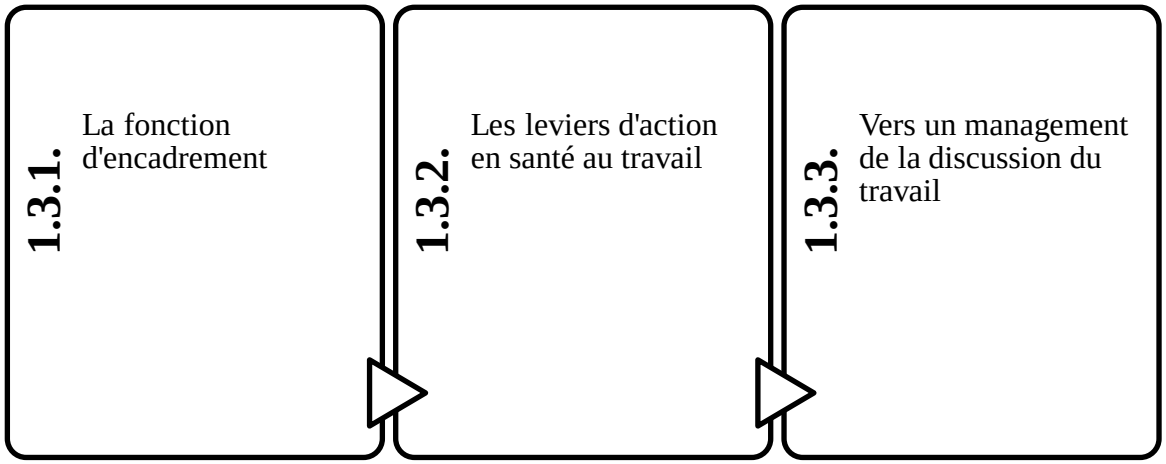
Nous souhaitons également insister sur un élément constructeur de la santé qui peut sembler « anecdotique » dans l'article de Roche lorsque, au détour d'une phrase, il interroge la santé dans la relation à l'autre : « Enfin, pour ne pas manquer l'essentiel et une dimension qui spécifie ici fortement Spinoza eu égard à Canguilhem et Nietzsche, n'oublions pas de souligner que la santé, dans une telle approche, ne peut être abordée que relationnellement. C'est en raison de leur pouvoir d'affecter les autres ou d'être affectés par eux (potestas) que les individus augmentent ou diminuent leur puissance d'agir (potentia). C'est en raison de ce pouvoir-là qu'ils construisent ou détruisent leur santé. S'ils entrent dans une relation de composition positive avec d'autres puissances, humaines ou extrahumaines, s'ils font de « bonnes » rencontres, ils éprouvent des affects actifs et augmentent leur puissance d'agir ; s'ils entrent dans des relations négatives avec celles-ci, s'ils font de « mauvaises » rencontres, ils éprouvent des affects passifs et diminuent leur puissance d'agir. C'est dire que la construction de la santé, dans une telle perspective, requiert la construction de rapports sociaux à l'intérieur desquels les individus s'affectent mutuellement d'une façon positive et non négative. » (Roche, ibid, p. 6).

La construction de la santé, indissociable de la qualité de la relation avec l'entourage professionnel, interroge le rôle de l'encadrement dans cette interface relationnelle avec une équipe de travail. Elle nous permet de poser des questions que nous approfondirons plus loin, notamment à partir des travaux de Caroly (2010) : sur l'action des collectifs de travail en santé au travail et, pour recentrer ces questions avec notre sujet d'étude : quelles sont les actions des encadrants sur le développement de la vitalité des collectifs, source de « santé vivante ».

Être acteur de la santé au travail conduit les encadrants à réinterroger le contenu de leurs activités auprès de leurs équipes. Avant de nous questionner sur le « comment », nous avons voulu interroger la finalité. Ainsi, au-delà d'une prise en compte des risques psychosociaux

dont nous avons cherché à démontrer les impasses en termes d'interventions pour les encadrants, c'est l'action des encadrants dans le développement de la santé, de la « santé vivante » telle que définie qui va ici nous intéresser.

1.3. L’action des encadrants en santé au travail



Dans cette partie, nous souhaitons faire le point sur les connaissances concernant le rôle de l'encadrant dans la prévention de la santé au travail. La notion de rôle est ici employée selon deux conceptions complémentaires. Tout d'abord dans le sens de fonction sociale qui prescrit aux individus comment ils doivent se comporter (Parsons, 1951). Mais aussi dans le sens où l'entend Goffman (1974), c'est-à-dire le rôle attendu de l'encadrant sur la scène du travail.

Nous avons eu des difficultés à trouver des recherches étudiant directement le lien entre l'action d'encadrement et la santé au travail. Aussi, nous choisissons, dans un premier temps de nous interroger sur la fonction et le rôle de l'encadrant auprès de son équipe. Dans la deuxième partie, nous étudierons les divers leviers d'action proposés par la littérature pour soutenir la santé de ses équipes. Enfin, nous retiendrons l'instrument psychosocial de la discussion comme outil de développement de la santé des équipes, c'est-à-dire visant le pouvoir d'agir des individus et des collectifs de travail.

Nous avons choisi le terme « d'encadrant » pour désigner ces femmes et ces hommes chargé(e)s de la fonction d'encadrement d'une équipe. Le terme de « cadre » ne nous a pas semblé adapté car, en France, il recouvre de nombreuses réalités. Les statistiques produites pour analyser ce terme combine plusieurs critères qui nous éloignent de ce que nous souhaitons étudier : le statut, le diplôme, la spécialisation et le secteur d'activité. Aussi, lorsque nous utiliserons le terme de « cadre », nous ne faisons pas référence au statut tel qu'il s'est défini en France (Boltanski, 1982), mais à la fonction qui consiste à encadrer le travail d'une équipe (Sarnin et Debard, 2008). Au cours de notre recherche, nous utilisons parfois le terme de « manager » apparu dans les années 1960. Ce terme peut manquer de précision pour circonscrire l'objet de notre étude. Aujourd'hui, le terme de « manager » peut désigner des personnes chargées de projet sans lien hiérarchique, c'est-à-dire de subordination, avec autrui. Pour nous, « encadrer » peut être défini comme l'activité consistant à créer et maintenir un cadre de travail pour une équipe de collaborateurs. Hersey et Blanchard (1977) font une distinction dans la fonction d'encadrement entre les activités directement liées à l'encadrement d'une équipe et d'autres activités dont la part est plus ou moins importantes et correspondant à des activités de gestion. Ainsi, le manager doit non seulement accompagner une équipe dans l'atteinte d'objectifs imposés par une direction mais également répondre à des objectifs dont il est directement redevable. Notre étude s'intéresse à l'action des encadrants soutenant la santé de ses équipes. Si l'activité d'encadrement retient particulièrement notre attention, nous ne pouvons exclure les tâches qui lui sont propres et qui vont plus ou moins l'éloigner de ses équipes. Enfin, une partie de l'activité des managers peut consister à concevoir des dispositifs d'organisation du travail.

Dujarier les nomme des « planneurs » : « Les planneurs sont essentiellement des ingénieurs des méthodes (qu'elles soient industrielles, de services, informatiques, logistiques ou commerciales), des qualiticiens, des organisateurs chargées de la conduite du changement, des responsables des « ressources humaines » et de la communication interne, des contrôleurs de gestion, des financiers, mais aussi des spécialistes du marketing, de la publicité, des relations publiques, de la RSE (responsabilité sociétale d'entreprise), etc. » (Dujarier, 2015, p. 12). Nous allons donc nous intéresser à « l'encadrement en chair et en os » (ibidem, p. 13).

1.3.1. La fonction d'encadrement

Du point de vue fonctionnaliste

Au premier regard, la fonction d'encadrement est simple : « Tout manager a pour mission de mettre en œuvre les moyens techniques, financiers et humains dont il dispose pour atteindre ses objectifs. Il y parvient en assumant des fonctions de direction, de planification, d'organisation et de contrôle. Ces activités, représentées par le schéma suivant, sont les bases du management. » (Aubert et coll., 2009, p. 10).

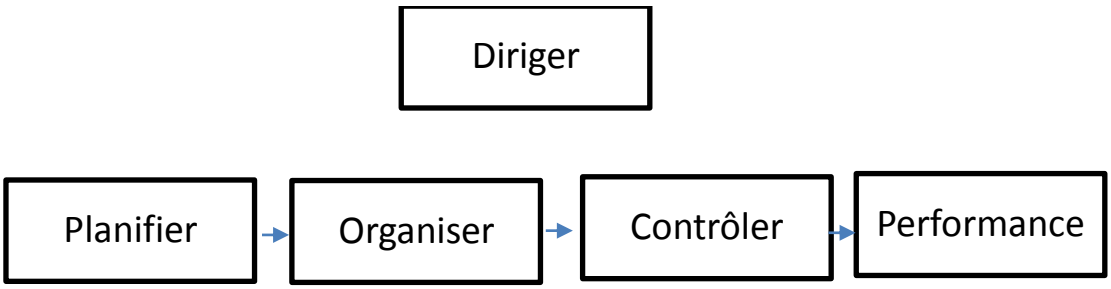


Figure 1 : La fonction d'encadrement d'après Aubert et coll. (2009)

Ainsi, encadrer une équipe revient à diriger le travail d'autres personnes, à en assurer la prescription en termes de buts/objectifs et de moyens. Dans cette activité « prescriptive » du travail (au sens où les ergonomes décrivent le travail prescrit), il est demandé à l'encadrant de mettre en dynamique cette organisation. Selon le schéma ci-dessus, à partir de la performance obtenue par les salariés et les équipes, la procédure de feed-back demande d'analyser le processus, de mettre en œuvre des corrections adaptatives et élaborer de nouvelles décisions

stratégiques. L'encadrant se situe dans cette interaction entre l'humain et l'organisation. Le terme d'organisation est à définir car il comporte de multiples définitions selon le cadre théorique dans lequel nous nous plaçons. Celui qui nous semble utile pour comprendre le rôle des encadrants est celui de la sociologie. Crozier et Friedberg définissent l'organisation : « elle est une réponse à l'action collective. Elle n'est pas donnée naturelle mais une construction modulable, plus ou moins précaire, à la fois dépendante et indépendante des individus qui la composent. » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 11). Ainsi, « l'organisation regroupe un certain nombre de personnes interdépendantes qui travaillent ensemble pour atteindre des buts communs. Le management en est l'organe moteur » (Aubert et coll., 2009, p. 11).

Cette conception fonctionnaliste du rôle de l'encadrant rend compte de la vision du management issu des théories sur l'organisation. « Les rôles des managers sont classiquement abordés en termes de contenus, c'est-à-dire par la description d'un ensemble d'activités ou de fonction. » (Desmarais & Abord de Chatillon, 2010, p. 73). Il n'en reste pas moins que « les rôles des managers demeurent une boîte noire pour le management. Il existe bien évidemment dans les entreprises des outils qui cherchent à les appréhender, comme les profils de postes et les référentiels d'emplois. Mais ceux-ci donnent une vision analytique de l'activité des managers qui échoue en grande partie à caractériser sa réalité. » (Desmarais & Chatillon, 2010, p. 5).

Il est assez difficile de rendre compte de l'évolution des « théories managériales » depuis la révolution industrielle au début du XXe siècle et donc de ce qui est, et a été, attendu d'un encadrant. Le rôle de l'encadrant a évolué au rythme des évolutions des théories sur l'organisation. Or, celles-ci ont été étudiées sous différents angles : psychologique, sociologique, sciences politiques, économie, anthropologie, gestion…). Aujourd'hui encore, aucune discipline ne peut prétendre englober tous les aspects de l'organisation. « Une science est en voie d'achèvement lorsque, parmi plusieurs paradigmes qui luttent pour la suprématie, l'un d'eux parvient à faire l'unanimité en sa faveur au sein de la communauté scientifique. On peut dire qu'actuellement aucune des sciences utilisées pour appréhender l'organisation n'est parvenue à un tel degré d'achèvement. » (Aubert et coll., 2009, p. 14).

Afin de comprendre l'évolution des théories managériales, ce qui peut nous être utile pour situer le « nouveau » rôle d'un encadrant attendu comme « acteur de la santé de ses équipes », nous choisissons de s'appuyer sur les recherches de Scott (1981) synthétisé par Aubert et coll. (ibidem). Un encadrant peut avoir une approche rationnelle de son activité. Il est alors centré sur les résultats techniques et économiques. Il va rechercher la rationalité de l'organisation du

travail sous toutes ses formes. Taylor (1911), Fayol (1918) étaient les concepteurs d'une telle organisation du travail. Une autre approche va centrer le rôle de l'encadrant sur la dynamique des ressources humaines. Le courant des Relations Humaines (Mayo, 1933 ; Lewin, 1935 ; Herzberg, 1959 ; Mac Gregor, 1960 ; Maslow, 1972) a fortement inspiré cette nouvelle conception de l'organisation du travail en adaptant le travail à l'homme (à l'inverse de la conception rationnelle de l'homme s'adaptant au travail). Les différents courants de la santé au travail aujourd'hui s'appuient largement sur cette conception : c'est à partir de la motivation et de la satisfaction des individus qu'un consensus productif s'établit. Par contre, l'atteinte des résultats est plus complexe dans la conception sociale de l'organisation du travail. Alors que dans l'approche rationnelle, nous pourrions dire que la détermination des buts et objectifs est mécanique, dans l'approche sociale les objectifs et les moyens pour les atteindre vont se construire à partir des interactions entre les individus, les rapports de force, les « us et coutumes » de chaque secteur de production. Selon ces deux approches, le rôle de l'encadrant sera très différents. Dans un cas, il va organiser, planifier, contrôler le travail sous un mode directif qui n'intègre pas la discussion ; alors que dans une autre approche, il va avoir un rôle de régulation, de mise en débat auprès des « opérateurs ».

Selon l'évolution des théories de l'organisation, l'approche rationnelle s'est développée de 1900 à 1930 pour laisser la place à l'approche sociale à partir des années 1930. Les « croyances » qui prévalent dans une entreprise vont induire les modes d'organisations. La théorie de Mac Grégor (1960) s'applique encore dans nos organisations. Drucker (1954), reconnu comme un des plus grands chercheurs sur les théories du management, cité par Kennedy et coll. (2008), modère les Théories X et Y de Mac Grégor. D'après lui, elles ne sont pas des théories sur la nature humaine. Les mêmes personnes réagissent différemment selon les circonstances, et, dans tel environnement, elles peuvent se montrer motivées et enthousiastes alors dans d'autres contextes, elles peuvent se révéler désengagées, voire aller jusqu'à saboter le travail.

Nous voyons que le rôle de l'encadrant est perçu différemment selon l'évolution des théories managériales et les attentes peuvent être différentes selon l'environnement dans lequel il l'exerce. L'approche de Scott (1981) pour décrire l'évolution des théories managériales est complétée par un axe qui prend en compte la « fermeture » ou « l'ouverture » des organisations selon le courant systémique. Cet auteur décrit les organisations, avant les années 1960, comme des systèmes fermés sur l'extérieur. « Avant les années 60, les théoriciens du management ne semblaient pas préoccupés par leur environnement, la concurrence ou le marché. Il n'y avait ni

urgence, ni nécessité à considérer les variables externes comme prioritaires. Le marché absorbait l'essentiel de la production sans effort particulier. L'accent était donc plutôt mis sur ce qu'il fallait faire (règle du jeu) pour maximiser l'utilisation des ressources en tenant compte uniquement de ce qui se passait à l'intérieur de l'organisation. On faisait « comme si » l'environnement n'avait pas d'importance, « comme si » l'organisation était indépendante et autosuffisante. » (Aubert et coll., 1991, p. 16). Á l'inverse, le système « ouvert » correspond aux années comprises entre 1960 et nos jours. « La perspective s'est transformée en ce sens que théoriciens et dirigeants admettent que la dynamique interne de l'organisation est modelée en tout ou partie par les éléments extérieurs au système qui composent son environnement sous toutes ses formes (économique, politique, culturelle, sociale, technologique, juridique…) » (ibidem, p. 16). Dans cette perspective, le rôle de l'encadrant va se complexifier. Il va se trouver au cœur d'un ensemble d'attentes et de logiques différentes autant au niveau interne de l'organisation (hiérarchie, équipe, collègues) qu'externes (autres services de l'organisation, client, normes imposées par la législation) auquel il devra s'adapter.

Quels que soient les théories et les environnements, nous n'avons pas trouvé de recherches sur la « prescription » du travail de l'encadrant. La définition de son rôle oriente son action, elle ne la définit pas. Ainsi, il doit organiser le travail (d'un point de vue rationnel) et/ou motiver les individus (d'un point de vue social) ; comment y parvenir reste assez flou dans les théories ce qui pose aussi des questions sur leur formation. « Face à cette méconnaissance du travail managérial, la formation des managers futurs et actuels ne semble pas tenir ses promesses. La réalité du travail managérial étant mal appréhendée, la transmission de compétences managériales est problématique. Les formations au management oscillent entre des approches instrumentales qui enseignent le management à travers ses outils (entretiens d'évaluation, feed back, conduite de réunions…), sans toujours questionner leur pertinence et des approches psychologisantes qui voient dans le management la mise en œuvre des qualités intrinsèques des individus, liées à leur niveau de développement personnel. » (Desmarais, 2010, p. 5-6). La conception du rôle des encadrants de proximité s'est enrichie suite à l'évolution des théories managériales. Selon Desmarais et Chatillon (2010), d'un rôle « fonctionnaliste », il est passé à un rôle d'interaction (en développant une approche sociale) puis, en ouvrant l'organisation (système ouvert). Le rôle de l'encadrant a évolué vers une « co-construction » de la stratégie des organisations. Ces auteurs soulignent également le rôle de gestion des ambiguïtés en

développant la notion de « rôle de traduction du manager ». Nous allons présenter l'analyse de ces auteurs sur le rôle de l'encadrant de proximité d'un point de vue processuel.

Du point de vue de l'interactionnisme

L'approche du rôle de l'encadrant du point de vue fonctionnaliste a été concurrencée par la conception des« activités » managériales popularisées par les travaux de Mintzberg (1973). Précision que la notion « d'activité » est différente de celle décrite par la clinique de l'activité. Desmarais et Abord de Chatillon (2010, p. 74) reprennent les travaux de Kurke & Aldrich (1983) « cette conception met l'accent sur les aspects informels de l'organisation et les dimensions visibles de l'activité d'encadrement. Cette approche a promu l'image du manager comme homme de communication et d'image, spontané, actif et volontaire, enchaînant les décisions en fonction des événements».

Desmarais et Abord de Chatillon nous proposent une classification des rôles des encadrants de proximité. Tout en soulignant le déficit de définition tant dans les organisations que dans la littérature académique, ils nous permettent d'analyser les rôles fonctionnalistes puis interactionniste des encadrants. Ils proposent de nous référer aux travaux de Wilmott (1987) sur l'étude de l'activité des encadrants. Cet auteur propose de dépasser la dualité des deux rôles vus précédemment en offrant « un cadre d'analyse pour associer perspective stratégique et perspective institutionnelle du travail managérial. Wilmott plaide ainsi pour l'introduction des aspects processuels et politiques dans la compréhension de l'activité des managers. Les approches contemporaines du management stratégique tendent ainsi à dépasser la dualité entre structure et action en montrant en quoi l'activité des managers contribue à construire la stratégie des organisations et à donner du sens de manière continue. » (Desmarais & Chatillon, 2010, p. 74). « En mettant l'accent sur le rôle des managers intermédiaires dans la fabrique de la stratégie, les nouvelles approches en management stratégique se démarquent du discours dominant de la stratégie, focalisé sur le rôle des « top managers ». Dans le quotidien des organisations, la stratégie est une « pratique » (Golsorkhi, 2006). En effet, les managers intermédiaires interprètent et font exister cette stratégie, contribuent à la construire dans leurs conversations et leurs interactions (Rouleau, 2005). Ils créent du sens (sensemaking) et le communiquent à leur entourage (sensegiving). Cette pratique stratégique s'inscrit dans une conception structurationniste et récursive de l'action. La remise en cause des rôles des managers est également liée à l'ouverture croissante des organisations sur l'extérieur. Alors que les

modèles classiques envisagent le manager dans une position essentiellement hiérarchique, les rôles des managers se diversifient en même temps que les interfaces qu'ils se doivent d'établir. Les managers intermédiaires sont ainsi proches des parties prenantes externes, en particuliers des clients (Dutton et coll., 1997). Ils « disciplinent » les clients et gagnent progressivement leur soutien, à travers les conversations stratégiques (Rouleau, 2005). De même l'analyse d'organisation fonctionnant en réseau met en valeur le rôle d'intermédiaire inter organisationnel des managers intermédiaires (Payaud, 2005). Dans la relation hiérarchique, une logique de négociation permet une co construction des stratégies et des moyens tandis que les managers orientent l'attention de leurs supérieurs hiérarchiques vers certains problèmes (issue selling, Dutton et coll., 1997). » (Desmarais & Chatillon, 2010, p. 75).

Dans ces différentes théories, l'encadrant est soit « passif » face à une prescription qu'il doit faire appliquer pour atteindre des objectifs, soit « acteur »… mais seul ; aussi, peut-on parler d'une coconstruction de la santé au travail avec son équipe ?

La traduction : un rôle central du manager

« La traduction va bien au-delà du sens commun de reformulation des consignes hiérarchiques, reformulation destinée à faciliter leur compréhension et leur appropriation : elle consiste à articuler les logiques contradictoires, à leur donner du sens, à les intégrer au sein d'un cap flexible et évolutif en fonction des pressions subies et des ressources développées pour résister à ces pressions. Ce rôle suppose ainsi une capacité d'interprétation des différents signaux de l'environnement. L'interprétation consiste à donner un sens à des signaux, en les rattachant à des cadres et des idées générales. La traduction est donc une activité de réduction de la complexité de la réalité par l'articulation des problèmes qui se posent au service dans des catégories de sens préexistantes. C'est un rôle principalement cognitif et langagier, qui est au cœur du fonctionnement des organisations car il permet d'en réduire les contradictions. » (Desmarais & Chatillon, 2010, p. 77). Dans ce rôle de traducteur, l'encadrant va participer à mettre en œuvre des éléments de santé au travail pour ses équipes. Ce rôle est décrit comme un processus qui va permettre de favoriser de bonnes relations entre les acteurs internes et externes à son service « Le processus interpersonnel est destiné à favoriser un partage affectif et/ou cognitif avec les parties prenantes les plus importantes de l'action du manager » (ibid, p. 78). Il va toutefois supposer que l'encadrant se trouve lui-même dans un processus organisationnel qui lui offre suffisamment de marges de manœuvre vis-à-vis des règles et de la prescription du

travail afin de mettre en œuvre une régulation sociale tant envers ses subordonnés que de la hiérarchie et des clients. Une prise de recul est nécessaire pour effectuer cette mission. Un autre processus du rôle de traduction du manager participe, d'après les auteurs, à une construction du sens. « Alors que la rationalité managériale suppose une création de sens claire, avec des objectifs, qui sont des réponses simples à des questions claires, la construction du sens est faite de questions vagues, de réponses troubles et d'arrangements négociés qui essaient de réduire la confusion. » (ibidem, p. 78). Ces auteurs ont réalisé une enquête auprès de 30 encadrants. Ils ont recherché les ressources qui permettent aux encadrants la mise en pratique de rôle de traducteur. Du point de vue des encadrants, le processus interpersonnel nécessite d'entretenir de bonnes relations avec ses équipes ; celle-ci est indissociable, d'après les encadrants, d'une présence sur le terrain avec les équipes.

Á partir de ce rôle de traduction, nous voyons se dessiner un rôle à la fois fonctionnel, interactionniste et stratégique pour envisager un encadrant acteur de la santé au travail de ses équipes. Le processus interpersonnel nécessite d'entretenir de bonnes relations avec ses équipes ; ces dernières sont indissociables, d'après les encadrants, d'une présence sur le terrain avec les équipes. « La traduction est alors une expression du manager protecteur : traduire, c'est protéger les subordonnés des pressions qui viennent de la hiérarchie ou des clients » (ibidem, p. 80)

Le processus organisationnel laisse apparaître des stratégies pour gagner (ou ne pas perdre) des ressources pour mener à bien les objectifs attendus par l'organisation mais aussi pour augmenter les marges de manœuvre (au quotidien) : les leurs et celles de leurs équipes. « Les managers déploient des stratégies pour ne pas avoir à répondre à certaines attentes de leurs supérieurs, leurs clients, leurs subordonnés ou leurs pairs. Cela leur permet de récupérer des marges de manœuvre pour orienter l'action de leurs services et résoudre certaines de leurs contradictions auxquelles ils sont exposés. » (ibidem, p. 81). Toutefois, nous remarquons que les encadrants mettent en œuvre ces stratégies sous l'angle individuel, ce qui nous interroge sur leur propre soutien social dont ils peuvent bénéficier dans l'organisation. Ces actes de résistance peuvent être couteux pour un encadrant. Ils parlent alors de « dissimulation pour exercer leur mission. La création et le maintien de zones de flou sont une condition nécessaire à l'articulation des contradictions. Ainsi, dans certains cas, le rôle de traduction devient un rôle de mise en scène.» (ibidem, p. 81-82)

Ce rôle d'acteur ressource en appelle un autre : celui d'acteur d'alerte dans la résistance aux processus organisationnels. Mais alors que la résistance vis-à-vis des attentes des subordonnés

semble bien perçue par la hiérarchie, la résistance vis-à-vis du système de prescription vient heurter les représentations d'un encadrant vu comme un serviteur zélé, loyal aux prescriptions de la hiérarchie, courroie de transmission dans l'organisation prescrite. Les auteurs (ibidem, p. 81) citent une encadrante : « Le directeur m'a dit de me taire car il trouvait que je faisais du mauvais esprit en disant que ça ne marche pas. ». Ils précisent que le plus souvent cette résistance s'exprime dans un état d'esprit constructif, centré sur la réalisation des buts de l'organisation.

Ce rôle de traduction nous semble une ressource importante en termes de santé au travail pour une équipe lorsque l'encadrant peut l'exercer mais il constitue également un aspect essentiel du rôle de l'encadrant : « Le rôle de traduction paraît ainsi être au cœur même de la fonction d'encadrement, au point que si celui-ci est entravé, cela semble être une négation de la fonction d'encadrement. » (ibidem, p. 83). Dujarier (2006) a mis en évidence que l'hyper rationalisation du management comme une hyper régulation va produire des blocages de « traduction » et chaque acteur de la chaine hiérarchique va renvoyer les contradictions au risque de les faire peser sur les salariés des échelons inférieurs qui vont se débattre, seuls, dans des conflits organisationnels, coûteux pour leur santé.

Ainsi, le rôle de traduction de l'encadrant peut constituer une ressource pour une équipe. Par contre, celui-ci s'exerce dans certaines conditions : entretenir de suffisamment bonnes relations interpersonnelles avec son équipe et avoir une prescription suffisamment « souple » (notamment face à la multiplication des normes de qualité « totale », des règles d'hygiène et de sécurité, des objectifs inatteignables). D'autres ressources sont citées par les auteurs pour permettre aux encadrants d'exercer ce rôle de traduction, protecteur de la santé des équipes. Ils demandent des compétences et des habiletés personnelles. L'expérience va leur permettre d'accroître le développement de compétences d'interprétation et leur compréhension des rouages de l'organisation. « Il (le développement) suppose des compétences de toutes sortes (relationnelles, techniques et cognitives) » (ibidem, p. 83) qui toutes concernent des dimensions personnelles. De plus, les auteurs précisent que « la capacité des organisations à accepter les éléments de résistance sont un facteur d'efficacité organisationnelle » (ibidem, p. 84) ce qui nous renvoie à la dimension transpersonnelle.

Un management responsable

La question des risques psychosociaux et de leurs impacts sur la santé psychologique des salariés semble réinterroger le métier d'encadrant et faire bouger le « cadre » de référence de leur activité. Elle redessine les contours de leurs missions auprès de leurs équipes et instaure de nouvelles exigences. Dubouloy (2008) propose la notion d'un manager globalement responsable : « être globalement responsable pour un individu signifie être responsable de soi, de son équipe, de la performance de son entreprise, de l'environnement dans lequel l'individu se trouve, dans le temps et l'espace, pour le présent comme pour l'avenir. Quant à l'entreprise, elle doit rendre des comptes à l'ensemble de ses parties prenantes sur ses décisions et leur impact sur l'environnement économique, social et environnemental à court et à long terme » (Dubouloy & Haribey, 2008, p 50).

Le rôle de l'encadrant semble s'être complexifié au fur et à mesure des apports théoriques sur le management depuis les années 30 passant d'un rôle fonctionnel d'adéquation homme/machine (pour atteindre des objectifs de production) à un « rouage » de l'organisation du travail. Le rôle de l'encadrant n'est pas prescrit : il connait les buts et les objectifs alors que les moyens (compétences et procédures) sont particulièrement flous. Les auteurs insistent principalement sur des aptitudes personnelles. Desmarais & Chatillon (2010) précisent que le rôle est « principalement cognitif et langagier ». Nous remarquons également que les définitions de l'activité des encadrants n'abordent pas la question de la santé au travail des individus et des équipes, seule la question de la « santé de l'organisation » est visée.

La fonction de régulation de l'encadrement

Dans une équipe de travail, les relations sont régies par des rôles prescrits par l'organisation du travail par un statut hiérarchique dont l'organigramme fait foi. « Dans le respect étroit des rôles, l'équipe se sent démocratique ; la fraternité, le partage d'un même idéal primnte sur le statut hiérarchique ; il s'agit alors d'autorité et non de pouvoir. » (Barus-Michel, ibid, p. 16) Dans une équipe, l'autorité s'appuie sur cette « prescription hiérarchique ». Un responsable d'équipe sera également légitimé par l'expérience et son jugement (Barus-Michel, ibid). Or, l'autorité est menacée lorsqu'elle est discutée (Cornaton, 1998). Les relations vont alors se transformer et reconvertir l'autorité en pouvoir.

Quel est le rôle d'un encadrant dans de telles circonstances ? « Á la suite de quoi, on voit souvent l'équipe retourner aux espèces du service, de l'atelier, la solidarité diminuer et les conflits réapparaître. Les chefs doivent savoir faire reconnaître leur expérience et manifester leur participation à la chose commune autrement que par le discours pour soutenir un esprit d'équipe. » (Barus-Michel, ibid, p. 16). D'après cette auteure, l'encadrant doit s'appuyer sur des dimensions personnelles (son expérience) et renforcer son implication au sein de l'équipe « autrement que par le discours ». Est-ce qu'elle sous-entend que la discussion n'est plus de mise en situation de conflit dans l'équipe ?

L'approche du travail collectif d'un collectif de travail remet en question le rôle de l'encadrement tel qu'il est convoqué avec les notions de groupe et d'équipe. Dans le cas d'une « équipe de travail », les buts ne se discutent pas et s'il y a conflit, nous avons vu que la régulation repasse par la prescription. Avec la notion de « collectif de travail » définie par Caroly (2010), le travail collectif va réguler les tensions inhérentes à l'activité (confrontation entre la prescription et le réel de la situation).

La clinique de l'activité donne une autonomie au collectif de travail que nous n'avons pas trouvé dans les autres notions. « L'interaction entre travail collectif et collectif de travail aboutit à des possibilités de mise en œuvre de régulations collectives visant l'efficacité mais aussi l'efficience. » (Caroly, 2002, p. 5). Les régulations de l'activité vont se réaliser de manières collectives à partir d'un collectif de travail qui réunit plusieurs critères : « Même si le collectif de travail est encore loin d'être une notion stabilisée en ergonomie, nous pouvons retenir, en matière de modélisation, que cette construction repose sur trois conditions : les règles de métier, la reconnaissance des compétences et la confiance réciproque. » (Caroly, 2002, p. 4). Or, ces trois éléments ne se décrètent pas à la différence de la prescription du travail, ils se construisent dans la discussion, la controverse. Alors, est-ce qu'un collectif de travail qui fonctionne (c'est-à-dire qui se régule) peut se passer d'un encadrant ? Cette approche du travail collectif convoque l'encadrant sur le champ de la discussion et du débat professionnel.

Cette chercheuse aborde la posture de l'encadrement lorsqu'elle compare le fonctionnement de deux bureaux de poste : en province et en banlieue parisienne. Le rôle de l'encadrant est facilité en province : il a la possibilité d'obtenir des remplacements du personnel et donc d'avoir des guichetiers formés au métier qui ne déstabilisent pas l'activité quotidienne des titulaires ; au contraire, l'encadrant du bureau en banlieue a des difficultés de remplacement, l'absentéisme est élevé, le recours à des agents contractuels qui ne sont pas du métier sont fréquent. Ainsi,

l'encadrant du bureau de province a plus d'autonomie que son collègue en banlieue, au sens contractuel (Maggi, 1996). Dans cette analyse de situation, Caroly précise : « Par ailleurs, l'encadrement favorise la tenue de réunions sur les difficultés de la mise en place de nouvelles consignes. Il collabore également à l'exécution des activités techniques : par exemple, chercher de l'argent à la caisse, préparer le matériel pour les campagnes de vente… Ces réaménagements des conditions d'exécution ou ce type d'animation des réunions n'ont pas été observés dans le bureau de banlieue (Caroly, 2002, p. 13). Sans approfondir les actions soutenant l'action des encadrants en santé au travail, elle fait état du soutien (ou pas) dont peut bénéficier un encadrant et de l'instrument de la discussion pour favoriser l'autonomie des équipes, facteur de santé au travail.

Ainsi, nous pouvons supposer que l'encadrant du bureau de province « provoque » des espaces de discussion (des réunions) où les consignes d'organisation du travail vont être mises en débat. Nous faisons l'hypothèse que cette action va permettre au collectif de travail d'élaborer des règles de métier, de faire reconnaitre des compétences individuelles et du collectif et de construire la confiance réciproque (facteurs de solidité d'un collectif de travail). Caroly aborde la « posture » de l'encadrant : « Il collabore également à l'exécution des activités techniques ». Nous pouvons donc penser qu'il utilise une capacité d'action du côté discrétionnaire (pôle relationnel) avec son équipe en participant aux activités de l'équipe. L'encadrant du bureau de banlieue n'utilise pas cette ressource. Et l'auteure précise : « Par ailleurs, la chef d'équipe a fait une dépression ». (Caroly, 2002, p. 7) ; ce qui nous interroge sur les conséquences sur la santé des encadrants lorsque le collectif de travail ne remplit pas ses fonctions de régulation de l'activité. Ainsi, le positionnement de l'encadrant dans la régulation de l'activité des équipes conditionne la santé des encadrants comme celle des équipes.

Un autre point a attiré notre attention dans cette étude, il concerne la posture de l'encadrant dans le contournement des règles. « Il n'existe pas de régulations collectives explicites de la non-application des règles, et les implicites sont rares » (Caroly, 2002, p. 15). En effet, ce contournement des règles se rapportent à des « tricheries » et la règle de métier sociale dit implicitement que « ça » (au sens psychanalytique) ne se parle pas. Caroly (2002) précise que dans le bureau de poste de banlieue (où il est difficile de parler de collectif de travail), l'encadrement a recours au règlement (prescription) et à la sanction individuelle. Ainsi, sans discussion, la régulation par l'encadrement est un recours à la sanction ou à la prescription ; ce qui n'est pas sans conséquence, également, sur les capacités d'action des équipes : « Le manque

de régulations collectives des situations critiques en banlieue peut empêcher la construction de stratégies individuelles. » (Caroly, 2002, p. 20). Elle cite l'exemple de cette guichetière âgée (plus de 40 ans) qui préserve sa santé physique en accumulant des documents alors que la règle prescrite demande de les enregistrer au fur et à mesure, ce qui implique de se lever pour chaque document. Caroly précise que les collègues sont agacés par cette stratégie individuelle qui n'est pas mise en discussion. La stratégie (individuelle) de l'encadrant est de rappeler la règle prescrite à cette salariée lors d'un entretien individuel avec le reproche qu'elle ne se levait pas assez de sa chaise. (ibidem). Les stratégies pour préserver la santé sont réduites à une adaptation difficile à la norme. Non seulement la normativité, critère de la « grande santé », se trouve empêchée sans la discussion mais nous constatons que c'est dans le collectif qu'elle se construit. « Ce retour à l'individu et non au rajustement des règles par le collectif de travail empêche la mise en œuvre de régulations individuelles avec l'âge et l'expérience. » (Caroly, 2002, p. 20). Nous rajouterons que la posture de l'encadrant a favorisé la rigidification du travail et des processus de régulations collectives et individuelles.

1.3.2. Les leviers d'action managériaux en santé au travail

Nous avons décrit les rôles traditionnellement dévolus aux encadrants et nous constatons que le « rôle » d'acteur de la santé au travail des équipes constitue une boîte noire dans la boîte noire du travail de management. Aujourd'hui, le travail de l'encadrant peut s'envisager sous deux angles : soit du côté de la fonction hiérarchique qui organise le travail d'une équipe et le contrôle pour atteindre des objectifs fixés par d'autres strates hiérarchiques ; soit une posture située au cœur d'enjeux stratégiques et demandant un ajustement constant (Desmarais & Chatillon, 2010).

La clé de la performance de l'entreprise a permis à certains auteurs de faire le lien entre la santé au travail et la santé économique des entreprises (Lhuilier, 2009, Delobbe, 2009 ; Lachmann & Larose, 2010 ; Barthod-Prothade, 2012). « Il paraît acquis que le bien-être affecte significativement et favorablement la performance individuelle au travail. Les divers travaux présentés ainsi que les résultants des méta-analyses consultées confirment cet effet global, que la performance soit évaluée par des indicateurs objectifs ou par des perceptions subjectives. Cet effet est démontré tant dans les études abordant le bien-être sous l'angle de la satisfaction au travail ou du bien-être psychologique que dans celles qui se centrent sur les effets de l'épuisement découlant d'un stress élevé et prolongé » (Delobbe, 2009, p. 5).

Le coût du stress a fait l'objet de nombreux calculs. La méthode de Tangri (2003) propose une méthode de calcul citée par Delobbe (2009, p. 34) : « En s'appuyant sur diverses estimations des coûts du stress publiées dans la littérature scientifique et dans les rapports de recherche, essentiellement nord-américains, publiées sur le sujet, Tangri a retenu pour chaque poste de coûts la borne inférieure des estimations prises en compte. Sa formule, présentée ci-dessous, permet donc une estimation minimaliste des coûts du stress : Le coût total du stress dans une entreprise est égale à : 19 % des coûts d'absentéisme, + 40 % des coûts de roulement du personnel, comprenant les coûts de cessation de l'emploi, les coûts entraînés par le poste vacant, les coûts relatifs au recrutement, les coûts de formation et les pertes financières générales + 30 % des coûts d'incapacités de travail de long et de court terme, + 55 % des coûts du programme d'aide aux employés, + 60 % du coût total des accidents de travail, + 10 % des coûts médicamenteux totaux dans les entreprises qui offrent des plans santé incluant le paiement/remboursement des médicaments + les coûts totaux des demandes d'indemnisation

des travailleurs et des poursuites judiciaires. » En raison d'un manque de recherches valables sur ces indicateurs, le chercheur n'a pas inclus le coût du présentéisme, les coûts relatifs à la violence au travail (interne et externe), l'absentéisme lié aux maladies causées par le stress (comme les maladies cardio-vasculaires).

En ce qui concerne les liens entre la santé, la performance et l'action des encadrants, la question du « style managérial » retient particulièrement l'attention des chercheurs anglo-saxons. Hersey et Blanchard (1977), dans les années 70 puis 90, établissent des liens entre un style managérial et la performance. Ils commencent par faire l'apologie du style participatif à l'opposé d'un style directif. Quatre styles sont décrits : outre le management participatif et directif, les styles délégatif et persuasif présentent des avantages pour motiver les salariés (Hersey & Blanchard, 1977). Puis ces auteurs s'intéressent au « management situationnel » qui demande une adaptation du comportement de l'encadrant à la situation (Hersey & Blanchard, 1982). « Ce mode de management a pour principe une relation personnalisée entre le manager et son subordonné, avec comme variable fondamentale le degré d'autonomie de ce dernier ». (Arnaud, 2008, p. 215). La qualité de la relation entre un salarié et son encadrant est associé aux comportements innovants, facteurs de performance dans l'entreprise. Le concept Leader-member exchange (LMX) permet d'établir ces liens (Delobbe, 2009 ; Binard & Pohl, 2013).
Le débat sur le style de leadership a connu son essor dans les années 1990 ; il est toujours d'actualité aujourd'hui en sciences de gestion notamment (Neveu, 2004). Un questionnaire, le MLQ-5X (Multifactor Leadership Questionnaire (Form 5X), distingue les styles transformationnel et transactionnel. Saint Michel (2010) cite les travaux de Bass (1985) à l'origine de cette théorie du leadership : « Le leadership transformationnel est perçu comme un leader qui « consacre son énergie à faire prendre conscience à ses collègues et subordonnées de l'importance des conséquences des actions engagées (Bass, 1985). Cela nécessite de la part du leader d'avoir du charisme, une confiance en soi, afin de faire partager sa vision à ses subordonnés. (…) Le leader transactionnel centre sa relation de travail avec son subalterne sur un échange de ressources. Le leader transactionnel fournit à ses subordonnés ce qu'ils souhaitent (des récompenses contingentes) en échange d'objectifs imposés par le leader. Ce type de leadership implique un style de management dans un sens plus conventionnel, de clarification des responsabilités du subordonné pour atteindre les objectifs et de sanction, dans le cas où les objectifs ne sont pas atteints. Ajoutés à ces deux styles de leadership, le style de leadership « laissez faire » est caractérisé par un échec général de la part du leader à la prise de responsabilité. » (Saint Michel, 2010, p. 184-185).

Les liens entre la santé des salariés et la personnalité des encadrants semblent établis : « Concernant les relations avec le supérieur hiérarchique, un style de management inapproprié peut avoir des effets dévastateurs sur le stress des travailleurs. Manque ou surplus de stimulation, manque de communication et de consultation par rapport aux décisions, imprévisibilité dans les comportements, adoption de la technique du « win-lose », dévalorisation des travailleurs, sont autant de manifestations comportementales qui définissent un « mauvais manager » (Blanchard-Laville & Fablet, 1993 : Cooper & al., 1994). Dans le même sens, le manque de support, ou encore la « brutalité » (bullying) sont sources de stress chez les subordonnés (Hoel, Sparks & Cooper, 2001). Á l'inverse, certaines pratiques managériales ont un impact positif sur le bien-être des subordonnés. Ainsi, le support des managers, la qualité de la communication, ou encore le leadership transformationnel ou transactionnel, sont autant d'éléments bénéfiques en termes de bien-être chez les travailleurs (Mandell & Pherwani, 2003). » (Delobbe, 2009, p. 18). Les aptitudes personnelles des encadrants sont également perçues au service de la fonction. Le rôle de traducteur demande des aptitudes personnelles à la communication : « Souvent le manager déploie un tissu relationnel personnel dans ces relations, ce qui lui donne une capacité supérieure à faire entendre sa voix dans les micro négociations autour des prescriptions émanant de chacun des acteurs » (Desmarais & Chatillon, 2010, p. 80).

Parallèlement, les travaux d'Estelle Morin sur l'intelligence émotionnelle abordent l'intelligence cognitive des encadrants comme facteur de bien-être des équipes. Le concept d'intelligence émotionnelle a été décrit par Salovey et Mayer (1990) pour décrire l'intelligence sociale qui se distingue de l'intelligence cognitive. Cette forme d'intelligence implique des compétences variables selon les auteurs. Selon Morin et Aubé (2007, p.181), les collaborateurs d'encadrants doués d'intelligence émotionnelle « se sentent bien et engagés dans leur travail. Ils ont le goût de se dépasser et de donner leur plein rendement. Par contre, lorsqu'ils travaillent avec une personne qui présente les caractéristiques opposées, ils se sentent mal et prêts à changer d'emploi dès que possible, ils trouvent le temps long, mais ils donnent quand même la performance attendue pour éviter de subir des sanctions. Bref, il semble que le fait de travailler avec des personnes qui ont des compétences émotionnelles ait des effets positifs sur le bien-être psychologique et l'engagement ».

Or, en soulignant l'importance des liens d'interactions dans la motivation, ce courant semble avoir participé aux contenus des formations managériales de type « développement personnel »,

visant à construire ou renforcer des compétences en terme des savoir-être des encadrants. Brunel (2008) alerte sur les risques de ces formations qui individualisent le management et dévitalisent le conflit sur le travail. À la différence des chercheurs anglo-saxons, le courant de la psychodynamique et celui de la clinique de l'activité posent peu la question des aptitudes personnelles nécessaires à un encadrant pour favoriser le bien-être de son équipe. Au contraire, nous avons vu que la crainte d'un mouvement « compassionnel » et d'un hygiénisme social (Clot & Gollac, 2014) vis-à-vis de la souffrance au travail met à distance ces grilles de lecture. Les travaux de Brun (2010) présentent un « trait d'union » entre des traits de personnalité (ou styles) managériaux et un retour sur la question du travail. En reprenant les modèles du stress au travail, il propose aux encadrants 7 leviers d'action pour « améliorer bien-être et efficacité au travail ». Dans son ouvrage, il allie conseils aux encadrants et un recentrage sur « le travail au quotidien » : « Ce livre répond à la question suivante : quelles sont les pièces manquantes du management qui font en sorte que le bien-être au travail et l'efficacité des entreprises s'en trouvent touchés ? (…) En rédigeant ce livre, j'ai voulu partager avec vous mes expériences et mes connaissances sur les problèmes qui font obstacle à l'amélioration du bien-être au travail et à une plus grande efficacité des entreprises. Au cœur de cet ouvrage se situe le travail au quotidien, si peu estimé dans nos entreprises et qui est pourtant tout aussi important que le leadership ou les stratégies d'entreprises, mais peut-être moins à la mode ou considéré comme moins stratégique. » (Brun, 2010, p. 1-4). Sur les sept leviers d'action, quatre sont directement issus des modèles du stress : « Témoignez de la reconnaissance, Soutenez vos collaborateurs, Contrôlez la charge de travail, Encouragez et soutenez l'autonomie ». L'auteur rajoute « Conciliez travail et vie personnelle », « Développez une culture du respect » et « Clarifiez le rôle de chacun ».

Mais, en France, l'enquête SORG (Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines) réalisée à la demande institutionnelle de l'Agence nationale de la Recherche entre 2006 et 2008, marque une étape dans les recherches sur les liens soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Le sous-titre résultant de cette étude donne l'orientation de ce que Detchassahar va nommer, en 2013, « un management par la discussion » : « l'enjeu de la parole sur le travail ».

1.3.3. Le management par la discussion

Les résultats de l'enquête SORG

Les résultats de cette étude, dirigée par Mathieu Detchessahar, ont été publiés en 2009. Ce chercheur, issu des sciences sociales, constate les limites à envisager les liens entre la santé et l'action des encadrants avant de proposer ce qu'il nomme des « déterminants organisationnels ». « Une difficulté rencontrée, pour comprendre, interpréter et expliquer ce phénomène (progression des plaintes en termes de souffrance au travail) réside dans l'attention sélective portée par les acteurs sociaux aux causes individuelles de la souffrance et l'inattention à l'égard des niveaux de l'organisation et de la régulation socio-productives. » (Pihel, Detchessahar & Minguet, 2009, p. 2). Les déterminants organisationnels et managériaux proposés par ces chercheurs sont abordés sous trois perspectives :

- Á partir du constat que la complexité des différentes formes d'organisation rend difficile la compréhension des liens directs entre la santé et l'organisation, il est proposé de les analyser selon le degré d'autonomie laissé aux salariés.
- Le second constat concerne l'intensification du travail. Or, les recherches démontrent que les salariés ne sont pas passifs mais qu'ils réagissent. Donc, « le mangement, dans son rôle d'animation des activités et des collectifs de travail joue un rôle central dans la mise à disposition des salariés des ressources nécessaires pour faire face aux contraintes organisationnelles. » (Pihel, Detchessahar & Minguet, 2009, p. 3).
- Le troisième constat remet, de notre point de vue, la question de la conflictualité du travail au centre des débats entre encadrants et les équipes. Les auteurs réaffirment la nécessité de la régulation de l'activité et son lien avec la reconnaissance « au et du travail (…) L'idéal de régulation conjointe (Reynaud, 1988), et la reconnaissance du pouvoir d'agir des salariés qu'il suppose, interroge donc, en profondeur le management et, en premier lieu le management de proximité. » (ibidem, p. 3). Pour répondre à ce constat, les chercheurs proposent des « espaces au sein desquels ces contradictions s'expriment, se discutent et se dépassent. »

Ces orientations ouvrent de nouvelles perspectives d'action pour les encadrants. Elles éloignent le risque d'hygiénisme ; elles intègrent la conflictualité du travail entre un prescrit et un réel et enfin, elles proposent comme finalité et support le pouvoir d'agir des collectifs de travail,

facteur, comme nous l'avons vu, du développement d'une santé vivante (et non pas une réparation ou une préservation de la santé). L'instrument managérial va résider dans l'utilisation de la discussion dans des espaces à outiller.

Suite à ces constats, l'enquête SORG a étudié les espaces de discussion et plus précisément leur émergence, leur entretien et leur fonctionnement au sein de 16 organisations. Cette étude vient donc compléter les travaux de Caroly (2002, 2010) sur la posture des encadrants dans la mise en discussion de règles de métier des équipes.

L'étude distingue trois situations (ou trois variables) facteurs de santé (ou pas) au travail :

- Les situations où la prise en charge collective des contradictions est prise en charge avec la possibilité d'une mise en discussion des difficultés, des contradictions, des impossibilités du travail ;
- Les situations où l'encadrement joue un rôle de régulateur et maintient des processus de mise en discussion dans les équipes ;
- Les situations dans lesquelles les directions soutiennent, institutionnalisent et structurent des espaces de discussion.

Mais avant d'aborder le « management par la discussion », concept proposé Detchessahar pour prévenir les risques psychosociaux, nous souhaitons partager quelques résultats de cette étude. En effet, certains d'entre eux ont surpris et sont venus réinterroger les représentations concernant les liens entre la santé des salariés et l'action des encadrants. Alors que les travaux sur la souffrance au travail mettaient l'accent sur un encadrement particulièrement présent et mettant la pression sur les salariés, l'enquête laisse apparaître un manque de management de proximité. « C'est l'éloignement du manager qui pose problème lorsqu'il n'est plus là pour expliciter les difficultés du travail et soutenir les salariés dans leur résolution » (Detchessahar, 2011, p. 91). Or, l'activité des encadrants orientée vers l'alimentation des systèmes de gestion et un management projet éloigne les managers des équipes. L'étude conclut : « le management déserte la scène du travail ; alors que les équipes auraient plus que jamais besoin d'une présence de l'encadrement pour expliquer et expliciter les contraintes, les hiérarchiser, écouter les difficultés, trancher dans les contradictions, fabriquer des compromis ou bien remonter les difficultés du travail au sommet hiérarchique, le manager n'est plus dans l'atelier au pied des machines, n'est plus dans les couloirs et les chambres de la clinique ou de la maison de retraite, n'est plus dans les alvéoles et les allées du centre d'appels… » (ibidem, p. 98). L'enjeu est double dans le soutien de l'action des encadrants en santé au travail : « désempêcher » le management et instaurer des espaces de discussion sur le travail.

Discuter le travail

Il n'est pas question de « transformer » les encadrants en « analystes » du travail pour les rendre acteurs de la mise en place d'espaces de discussion sur le travail. Tout ne se discute pas dans le travail. Les chercheurs dans l'enquête SORG circonscrivent l'objet de la discussion du travail : ses contradictions, ses difficultés, ses tensions, en un mot, sa conflictualité. Le rôle de régulation des encadrants suppose « l'action d'adaptation, d'ajustement local des règles prescrites à la réalité et aux contraintes de l'action » (Detchessahar, 2011, p. 93). Or, en psychologie du travail, la littérature signale d'autres freins qu'organisationnels à la discussion sur le travail.

Dans un article de 2012, Davezies démontre la difficulté cognitive à parler du travail. Il argumente que l'action est avant la pensée. La conflictualité inhérente au travail demande au travailleur de faire constamment des choix dans les possibilités d'action (réalisée ou empêchée). Ce chercheur s'appuie sur les travaux issus des neurosciences pour démontrer que « globalement, l'activité est en avance sur la raison (…) Béchara a montré que les sujets normaux étaient capables de choisir les stratégies gagnantes avant d'avoir compris que lesdites stratégies étaient effectivement gagnantes, donc avant d'avoir compris quelles règles ils devaient appliquer. Cette performance est due au fait que la décision n'est pas prise sur la base du raisonnement mais qu'elle est orientée par les expériences émotionnelles antérieures (Bechara, 1997). » (Davezies, 2012, p. 9) Ces constats ne sont pas sans interroger la liberté d'action, question traitée par des philosophes. Davezies cite Spinoza (ibid, p. 9) : « Les hommes se trompent en ce qu'ils se croient libres ; et cette opinion consiste en cela seul qu'ils ont conscience de leurs actions et sont ignorants des causes par où ils sont déterminés. (Spinoza, 1677). ». Les apports de ces recherches viennent enrichir la compréhension du vecteur de la parole sur le travail pour construire des liens entre la santé et le travail. Le fait, notamment, que l'action sur la pensée serait sans conséquence sur la santé si le réel ne venait pas heurter le sujet en interrogeant son action. Ainsi, lorsque l'action trouve une issue favorable, le sujet n'a pas à utiliser une capacité réflexive. Ce sont les impasses de l'activité que rencontre la souffrance au travail. Et la parole sur l'action devient nécessaire pour préserver la santé. « Produire une parole qui rende compte des impasses de l'activité est un enjeu en termes de santé. L'identité vacille lorsque le sujet n'est plus capable de rendre intelligible ce que son mode d'engagement a de potentiellement partageable au regard de la situation particulière dans laquelle il s'est trouvé.

L'exigence de produire un récit intelligible qui rétablisse la continuité biographique et renoue les liens avec la communauté témoigne de ce que Ricoeur désigne comme le caractère narratif de l'identité (Ricoeur, 1996 ; Davezies, 1999, 2004).

Or, que faut-il pour que l'acte langagier puisse avoir une action positive sur la santé ? « Pour que le conflit se développe sous la forme d'un débat susceptible de produire une évolution positive, il faudrait que le salarié puisse revenir sur son activité afin d'expliciter les enjeux qui ne sont pas perceptibles à partir de la position du chef, mais sont néanmoins pertinents au regard de son expérience professionnelle. » et Davezies rajoute : « Or, il ne dispose ni des temps, ni des espaces de discussion nécessaires à son élaboration » (Davezies, 2012, p. 14). Ainsi, le dialogue va permettre un travail d'élaboration sur la partie obscure du travail.

Pour Clot, il n'est pas seulement question de mettre en réflexivité la subjectivité. L'objectif visé est de mettre en dynamique l'activité à partir d'un débat sur les critères de qualité du travail. « La clinique de l'activité fonde donc son action sur l'hypothèse qu'en la matière, l'existence de points de vue différents non seulement n'est pas un drame, mais qu'elle peut d'abord être une source de développement de l'efficacité et de la santé au travail et, ensuite, qu'elle permet de ne pas tricher avec le réel. Le réel ne se découvre jamais mieux que lorsque l'on organise sur lui des controverses pour en faire le tour. Le dialogue et la controverse forment ce que nous appelons la dispute professionnelle ou, selon un terme médiéval, la *disputatio*, c'est-à-dire l'organisation réglée et l'instruction d'un dossier technique dans lesquelles les points de vue divergent et sur lesquels il faut argumenter pour convaincre. Cela peut porter sur des risques pris dans le travail, des choix techniques décisifs en matière de santé ou de qualité du travail etc. » (Clot, 2014, p. 10).

Ainsi, pour un encadrant, il est nécessaire de comprendre que le travail est toujours au-delà de ce qui est perçu et demande à être interrogé, discuté pour être approché au plus près de ce qui est fait. « Le travail que l'on fait et celui d'une équipe n'acquiert de valeur stable qu'en devenant à son tour un moyen de travail pour d'autres. Pour cela la confrontation est indispensable et même la controverse. C'est pour ainsi dire un « geste de métier » trop peu pratiqué dans la vie de nos disciplines. » (Clot, 2008, p. 3).

Outiller la discussion

La clinique de l'activité propose des méthodologies pour animer la controverse ou la dispute professionnelle : l'auto-confrontation croisée, l'instruction au sosie. Mais ces techniques sont essentiellement à disposition des spécialistes en analyse du travail. « L'analyse du travail est la chose la plus longue et la plus difficile, car c'est elle qui pose avec précision les problèmes scientifiques. Prétendre pouvoir résoudre un problème de cet ordre sans analyse préalable du travail reviendrait à prescrire des médicaments à un malade sans l'avoir examiné ou encore à vouloir perfectionner une machine sans connaître ni sa construction, ni son fonctionnement (…) celui qui s'engage dans une étude de cette sorte sans savoir où il va ne trouvera rien que par hasard, ce qui est la négation même de la méthode scientifique. » (Lahy & Pacaud, 1948, p. 2). La question est donc de savoir si ces méthodes d'investigation du travail sont transférables aux encadrants.

Il est important de saisir que la mise en place d'espaces de discussion ne consiste pas tant à augmenter quantitativement les échanges dans les organisations mais plutôt à modifier la nature de ceux-ci et l'utilisation qui va en être faite (Detchessahar, 2013). Cet auteur propose un outillage précis de ces espaces de discussion « managés » par les encadrants de proximité mais pas seulement. Il propose tout d'abord de bâtir un « éco système organisationnel favorable à la discussion » (ibidem, p. 69). Pour ce chercheur, la discussion a fondamentalement une fonction politique où des recherches de solutions produisent des règles à un niveau local (au niveau de l'équipe), global (stratégie de l'entreprise) et méso (qui est le lieu de discussion intermédiaire entre la direction et l'équipe via l'encadrant). L'organisation des espaces de discussion du travail renvoie au concept de philosophie politique de subsidiarité « dont le principal intérêt est de tenter de penser à la fois la liberté et l'autorité » nous précise Detchessahar (2013, p. 76) en citant Merceron (2012). Petit et coll. (2011) proposent également d'intégrer ce principe de subsidiarité dans la conception organisationnelle des interventions sur la prévention des risques psychosociaux. Les auteurs proposent ce principe « comme une aide à la réflexion sur ce que pourrait être une entreprise « durable », dont le fonctionnement soit à la fois efficace et respectueux des individus et de leur santé. (Petit et coll. 2011, p. 405). « Dans cette perspective, il est indispensable de déterminer ce qui relève des compétences de chacun, c'est-à-dire de distinguer entre instruction des choix et prise de décision, entre information de la hiérarchie et aval indispensable. Il faut reconnaître des espaces de liberté à tous les niveaux, et organiser la

coopération à la fois verticale (au sein de la ligne hiérarchique) et horizontale (entre les individus et les services). La délégation est un processus descendant ; la subsidiarité est un processus inverse, partant des décisions que peuvent prendre les salariés dans le cours de la production pour faire face aux variabilités. » (Petit et coll., 2011, p. 405). Dans cette perspective, les encadrants font le lien entre les différents niveaux de discussion (locaux, méso et globaux) ; ils sont les « traducteurs » tels que décrit par Desmarais & Chatillon (2010). « On comprend en quoi l'introduction dans l'entreprise d'une plus grande culture de la subsidiarité serait de nature à la fois à mieux lutter contre les empêchements générés par l'excès de prescriptions établies trop loin du terrain et à soutenir l'ouverture d'espaces de discussion locaux ainsi que leur bon maillage avec des espaces de discussion de niveau supérieur. L'autorité subsidiaire postule en effet que les personnes au contact du travail opérationnel ont des choses intéressantes à dire sur les besoins et les nécessités du travail et qu'une part de la légitimité du niveau hiérarchique supérieur vient de sa capacité à entendre ses besoins et à construire en conséquence des réponses et du soutien. » (Detchessahar, 2013, p. 77). Nous retenons dans les propos de Detchessahar, sa remarque sur l'introduction d'une nouvelle culture dans les organisations qui laisse à penser que la discussion du travail ne va pas de soi dans les organisations et qu'elle peut demander un apprentissage organisationnel au-delà de la mise en place d'un éco système favorable à la discussion.

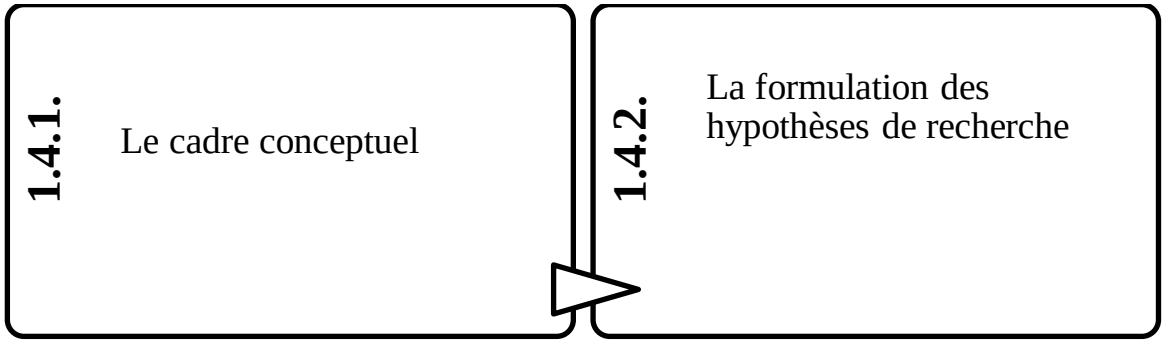
Outre la connexion des différents niveaux de discussion, cet « éco système organisationnel » doit institutionnaliser ces espaces par une politique d'entreprise. Des « chantiers » visent à « désempêcher le management », c'est-à-dire à donner une plus grande marge de manœuvre aux encadrants (en temps et en action). Un autre élément à rajouter à cet éco système est un enjeu de gestion des ressources humaines : la stabilité du management qui permet d'inscrire la discussion dans la durée et la confiance.

L'outillage des espaces de discussion passe également par une ingénierie, soit le substrat matériel de l'espace de discussion. La temporalité, c'est-à-dire la fréquence des rencontres, la conception et les modes d'usage des outils de gestion. Pour ce point, Detchessahar propose les comptes rendus de ces rencontres et l'utilisation des outils de gestion comme les documents de reporting (indicateurs de l'activité) comme support à la discussion « Dans cette logique, les indicateurs permettent d'explorer les conditions de réalisation du travail de l'équipe, de nourrir la discussion, d'affiner les diagnostics et d'éclairer l'action. (…) En effet, les mêmes outils peuvent servir de support à l'animation d'un dialogue sur l'activité vectrice d'apprentissage ou,

au contraire, contribuer à fermer le dialogue et permettre au manager un pilotage à distance du travail réel appuyé sur les seules traces de l'activité contenues dans les outils.» (Detchessahar, 2013, p. 74). Nous avons cherché dans la littérature scientifique des apports théoriques sur le substrat matériel des réunions afin d'établir une comparaison entre les espaces de discussion et de controverse professionnelle. Seule la littérature populaire en management nous a fourni les éléments concrets de réussite d'une réunion. 7 clés de réussites sont proposés : définir ses objectifs, choisir les bons participants, penser au lieu et à l'heure, respecter les horaires, animer en écoutant, établir des règles claires et synthétiser les résultats (Cavalier, 2008).

En 2014, Conjard (intervenant à l'ANACT) propose la conception d'un management du travail. Les objectifs sont identiques à ceux proposés par Detchessahar. Pour le chercheur, « le travail de management des managers » visant la prévention de la santé des salariés, est essentiellement un travail de régulation du travail : « En pratique, le travail de management du travail effectué par ces derniers correspond aux activités de planification, d'ordonnancement, de communication, d'apport de ressources, de reconnaissance, d'ajustement, de mise en priorité et d'appropriation de la prescription. De fait, manager le travail, c'est gérer les contradictions inhérentes au travail, adapter et négocier la prescription au quotidien. Ce travail d'organisation du travail se réalise au travers d'un processus d'échanges et de discussion entre différents acteurs dans un cadrage organisationnel qui facilité sa mise en œuvre. » (Conjard, 2014, p. 138). Sa vision d'un management du travail est « une réponse intégrée et systémique aux enjeux d'évolution des pratiques de management des entreprises » (ibidem, p. 136). « Il s'agit de promouvoir une organisation du travail conçue comme un environnement dynamique favorable au développement des personnes et à la performance collective. C'est de fait l'ensemble des relations entre les différents acteurs de l'entreprise, y compris celles relevant du dialogue social, qu'il s'agir de revisiter. Dans ce cadre d'action, le manager reconnaît le travail, le prépare, l'organise, le met en discussion, l'interprète et le régule en interaction avec les autres acteurs de l'organisation. » (ibidem, p. 130).

1.4. Cadre conceptuel et formulation des hypothèses de recherche



1.4.1. Cadre conceptuel

La question de l'action des encadrants en santé au travail est récente et nous proposons d'apporter notre contribution à ces recherches. « La question longtemps ignorée de l'influence du management sur les conditions de travail s'impose aujourd'hui à l'agenda social des entreprises. Pour autant, les initiatives sont souvent limitées, et elles touchent rarement aux causes structurelles, responsables du mal-être au travail. On cherche à faire évoluer les comportements des managers que l'on s'emploie par ailleurs à sensibiliser à la gestion des risques psychosociaux de leurs collaborateurs sans nécessairement s'intéresser à leur rôle et au cadre dans lequel ils exercent leurs activités. » (Conjard, 2014, p. 11).

L'état de la littérature nous a permis d'établir que la notion de « risques psychosociaux » peut constituer une impasse pour penser les actions de prévention même si elle a participé à la prise de conscience des effets négatifs du travail sur la santé des salariés. Les risques psychosociaux restent un concept flou, difficile à cerner et peu opératoire pour déterminer leur prévention. À l'inverse, les ressources psychosociales semblent receler un potentiel d'action.

	Risques psychosociaux	**Qualité de vie au travail**	**Bien-être au travail**	**Ressources psychosociales**
Conditions d'émergence	Souffrance au travail	Risques psychosociaux	Recherches anglo-saxonnes à partir du stress « well being »	Risques psychosociaux
Disciplines associées	Épidémiologie, sciences de gestion, psychopathologie du travail, psychodynamique du travail	Sciences de gestion	Sciences de gestion, psychologie positive	Clinique de l'activité, ergonomie
Concepts associés	Stress, souffrance au travail, suicides, harcèlement	Conciliation vie privée, vie professionnelle, égalité homme/femme	Performance, bonheur au travail, satisfaction au travail	Qualité du travail, pouvoir d'agir
Modes d'intervention	Issus des risques professionnels (niveaux primaires, secondaires, tertiaires)	Accords professionnels	individualisés	Mettre en discussion le travail, centralité sur la conflictualité du travail
Limite des interventions	Centrées sur le tertiaire : la réparation	Diversité des approches conceptuelles	Centrées sur le développement des ressources personnelles et comportementales	

Tableau 1 : Cadre conceptuel

Le concept psychologique du métier apparaît pertinent pour regrouper et articuler les ressources favorables à un développement de la santé au travail. En effet, notre visée en santé au travail est son développement et non sa conservation ou sa préservation. En cela, nous nous inscrivons dans le cadre conceptuel de la clinique de l'activité et nous souhaitons interroger l'architecture du métier comme concept intégrateur des ressources psychosociales visant à développer la santé des professionnels.

Aujourd'hui, des recherches se développent sur l'action des encadrants soutenant la santé des équipes. Elles proposent d'orienter l'action vers la discussion du travail et de sa conflictualité ; elle recentre l'activité de l'encadrant de proximité vers la régulation des tensions. Notre cadre conceptuel prend en considération la conflictualité du travail comme un objet, non pas de déstabilisation de la santé, mais comme un potentiel de développement du pouvoir d'agir.

Aussi, nous proposons le schéma ci-dessous comme cadre conceptuel avant de formuler nos hypothèses de recherche :

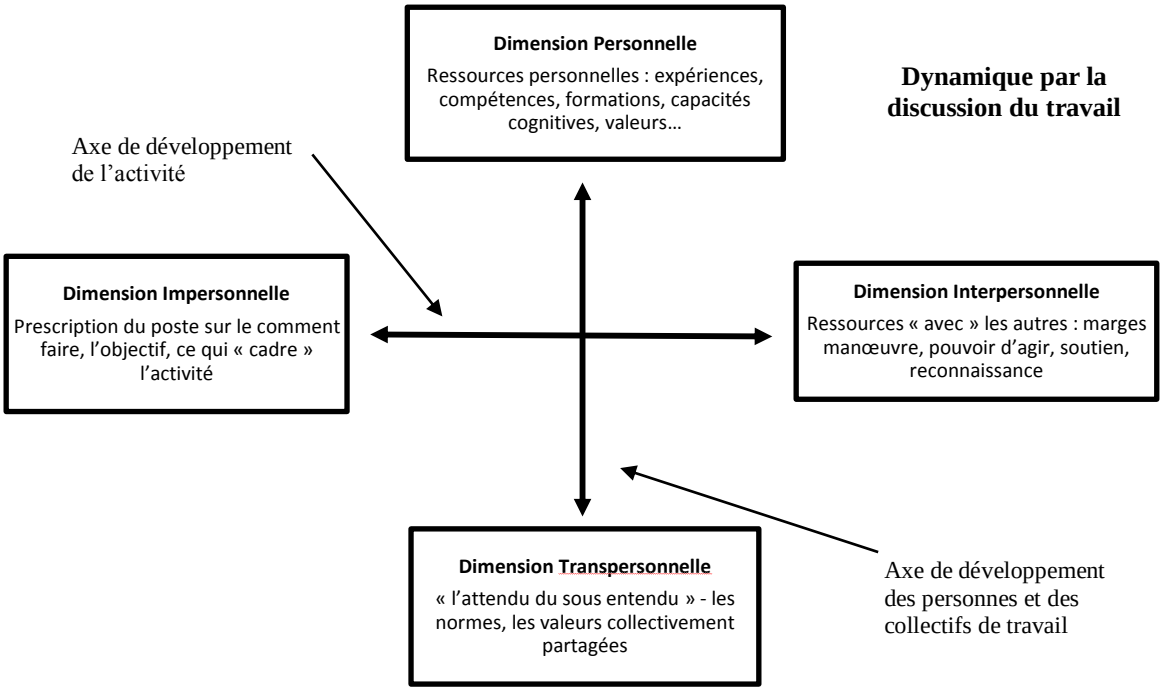


Figure 2 : Cadre conceptuel

Ce modèle nous permet de sortir des « process de santé au travail » (Ughetto, 2011, p. 62) et d'interroger l'articulation et la dynamique des ressources psychosociales qu'utilisent les encadrants pour favoriser la santé des équipes et des salariés et comment ils mettent en dynamique ces ressources du métier. En cela, nous effectuons un déplacement : nous ne cherchons pas à « soigner » des individus affectés par des situations de travail, mais à « soigner le travail ».

Nous constatons également de façon presque paradoxale, que la recherche ne cesse d'enrichir ses connaissances sur les liens santé et travail alors que la dégradation de la santé des salariés ne cesse de se manifester. La dernière étude de la DARES (2014) précise par exemple que les marges de manœuvre tendent à se réduire pour toutes les catégories socio-professionnelles (sauf pour les ouvriers qualifiés). Aussi, le questionnement d'Yves Clot devient central : « la conjugaison de l'action et la connaissance reste un problème dans nos domaines d'intervention » (Clot, 2008, p. 31). Notre travail de recherche a pour ambition d'interroger et de tester des liaisons entre la connaissance et l'action. Nous souhaitons participer à la réflexion sur le « comment » les encadrants peuvent devenir les acteurs de la santé de leurs équipes. E, nous faisons l'hypothèse que ce concept peut être un trait d'union entre les recherches sur la santé au travail et des actions productives portées par les encadrants pour la santé de leurs équipes.

À cette étape de notre recherche, nous avançons que si les encadrants développent les ressources psychosociales du métier par la discussion, ils remplissent un rôle d'acteur de la santé de leur équipe en préservant la performance économique.

1.4.2. La formulation de nos hypothèses de recherche

Notre recherche va donc essentiellement viser à produire des connaissances sur les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Pour cela, nous souhaitons valider la pertinence de notre recherche. En effet, alors que nous avons largement traité des situations de risques psychosociaux, nous n'avons pas trouvé de recherche sur cette notion vue du côté des encadrants. Aussi, nous nous posons la question de leur perception de ces situations, s'ils sont confrontés plus ou moins régulièrement à celles-ci. De plus, les chercheurs ont signalé le manque d'opérationnalité des formations sur les risques psychosociaux ; ils émettent également

des réserves sur les soutiens sociaux dont ils peuvent bénéficier. Nous proposons d'approfondir les connaissances sur ces ressources.

Une deuxième série d'hypothèses concernent l'opérationnalité du concept psychologique du métier pour représenter les ressources psychosociales, mais aussi l'action des encadrants sur la dynamique des ressources par la discussion du travail.

Les résultats de ces hypothèses vont nous permettre de tester des processus visant la transformation des liens entre l'action des encadrants et la santé au travail. Notre dernière série d'hypothèses vise l'évaluation des actions sur le développement de la santé des équipes.

La présentation de nos hypothèses s'apparente au processus d'ingénierie de formation :

- 1 - Évaluation de la situation actuelle des encadrants face aux risques psychosociaux afin d'élaborer l'action soutenant les encadrants en santé au travail.
- 2 – Mise en place des actions visant le développement de la santé au travail et l'action des encadrants en santé au travail
- 3 – Évaluation des actions visant à améliorer les prochaines actions formatives.

1 – Hypothèses relatives à la confrontation des encadrants et des équipes aux situations à caractère de risques psychosociaux

- Hypothèse 1.1 : Les encadrants perçoivent et rencontrent des situations à caractère de risques psychosociaux. La notion de « risques psychosociaux » étant floue, nous souhaitons explorer leurs représentations en dehors de toute classification préétablie.

- Hypothèse 1.2. : Les encadrants rencontrent fréquemment ces types de situations. La réponse à cette hypothèse légitime (ou pas) notre recherche. En effet, s'ils rencontrent fréquemment ce type de situations, il devient utile de se préoccuper du « comment » ils peuvent prévenir voire gérer ces risques.

- Hypothèse 1.3. : Les encadrants ont peu de ressources formatives pour gérer ces situations. La littérature et les enquêtes concernant la formation des encadrants nous demande de poser cette hypothèse afin d'élaborer des processus soutenant leur action qui tient compte de cette éventuelle réalité.

- Hypothèse 1.4. : Les encadrants ont des soutiens sociaux pour gérer ces situations. De nombreux acteurs interviennent dans l'entreprise sur les questions de santé au travail. Les comités de pilotage sur ces questions les réunissent (Sahler et coll., 2007) : direction des ressources humaines, professionnels en santé au travail et membres des CHSCT. Aussi, nous faisons l'hypothèse que les encadrants ont des personnes ressources lorsqu'ils se trouvent confrontés à des situations à caractère de risques psychosociaux.

- Hypothèse 1.5. : Nous faisons l'hypothèse que les encadrants ont des connaissances sur les moyens de préserver la santé au travail. Nous avons vu que les théories managériales, depuis quelques décennies, cherchent à développer la motivation et l'engagement (avec une visée de performance). Or, ces éléments peuvent être des facteurs favorables au pouvoir d'agir. Aussi, nous souhaitons explorer les représentations des encadrants sur leurs actions en santé au travail.

2 – Hypothèses relatives à l'opérationnalité du système des ressources psychosociales du métier dynamisé par la discussion dans le développement de la santé des équipes.

- Hypothèse 2.1. : Nous faisons l'hypothèse qu'un management par la discussion du travail permet de développer des ressources psychosociales du métier.

- Hypothèse 2.2. : Nous faisons l'hypothèse que la discussion sur le travail demande un apprentissage pour un système d'acteurs, car les encadrants ne sont pas les seuls impliqués dans la prévention des risques psychosociaux et le développement de la santé. Aussi, l'apprentissage à la discussion s'adresse aux encadrants, aux équipes et aux acteurs en charge de la santé (direction dont le directeur des ressources humaines, les professionnels de santé comme le médecin du travail et les représentants du personnel). Les processus visent à instaurer une culture de la discussion

- Hypothèse 2.3. : L'organisation d'un éco-système favorable à la discussion doit permettre de développer une culture organisationnelle à la discussion.

3 – Hypothèses relatives à l'évaluation des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

- Hypothèse 3.1. : Nous faisons l'hypothèse que le management à la discussion présente des limites.

- Hypothèse 3.2. : Nous faisons l'hypothèse que le développement du système des ressources psychosociales du métier par la discussion du travail permet le développement de la santé des individus et des collectifs de travail.

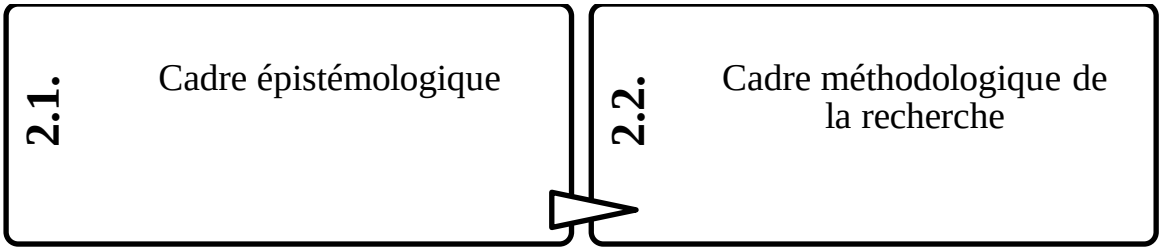
1 – Hypothèses relatives à la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants	1.1. Les encadrants perçoivent des situations à risques psychosociaux
	1.2. Ses situations sont fréquentes
	1.3. Les encadrants ont peu de ressources formatives pour les gérer et les prévenir
	1.4. Les encadrants ont des soutiens sociaux pour gérer et prévenir les situations à risques psychosociaux
	1.5. Les encadrants ont des représentations sur les actions managériales soutenant la santé au travail
2 – Hypothèses relatives à l'opérationnalité d'un système des ressources psychosociales du métier dynamisé par la discussion dans le développement de la santé des équipes.	2.1. Le management par la discussion du travail développe des ressources psychosociales sur les quatre registres du métier
	2.2. La discussion sur le travail demande un apprentissage pour un système d'acteurs afin d'instaurer une culture de la discussion
	2.3. L'organisation d'un éco-système favorable à la discussion permet le développement d'une culture organisationnelle à la discussion
3 -Hypothèses sur les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail	3.1. Le management par la discussion a des limites.
	3.2. Le développement d'un système des ressources psychosociales par la discussion du travail permet le développement de la santé des individus et des collectifs.

Tableau 2 : Présentation des hypothèses de recherche

Pour répondre à ces hypothèses, trois études vont être organisées ; chacune nous a demandé des méthodes de recherche différentes. La deuxième partie de notre recherche présenter notre méthodologie.

.

2. PARTIE 2 : LA METHODE DE RECHERCHE



Notre recherche s'inscrit dans le contexte géographique français de la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants. Elle est également fortement contextualisée sur le plan temporel. Penser l'encadrant comme « acteur de la santé au travail de ses équipes », et non pas nocif pour la santé, est un cheminement des représentations sociales récent. Nos questionnements se situent donc au cœur d'une préoccupation sociale actuelle : comment l'encadrant peut-il « être » acteur de la santé de ses équipes ? Par quels processus formatifs peut-il acquérir des compétences ou renforcer des compétences dans son encadrement des équipes ? Nous avons choisi l'angle du développement des ressources psychosociales. Et le concept psychologique du métier présenté par Clot (2008) va nous permettre de passer de la connaissance à l'opérationnalité des connaissances auprès des encadrants et de leurs équipes. Nous souhaitons valider l'axiome suivant : le développement des ressources psychosociales contenues dans les quatre instances du concept du métier par la discussion du travail permet le développement de la santé des équipes et des individus.

Alors que notre recherche est centrée sur le « comment » développer les compétences des encadrants dans le développement des ressources psychosociales du métier par la discussion du travail, nous sommes confrontés à un manque de connaissances sur leurs besoins liés à leur réalité d'encadrement auprès de leurs équipes. Alors que de nombreuses recherches analysent les évolutions du monde du travail au niveau macroéconomique, la connaissance des situations à caractère de risques psychosociaux rencontrées par les encadrants reste floue.

Aussi, notre recherche vise à produire trois catégories de connaissances :

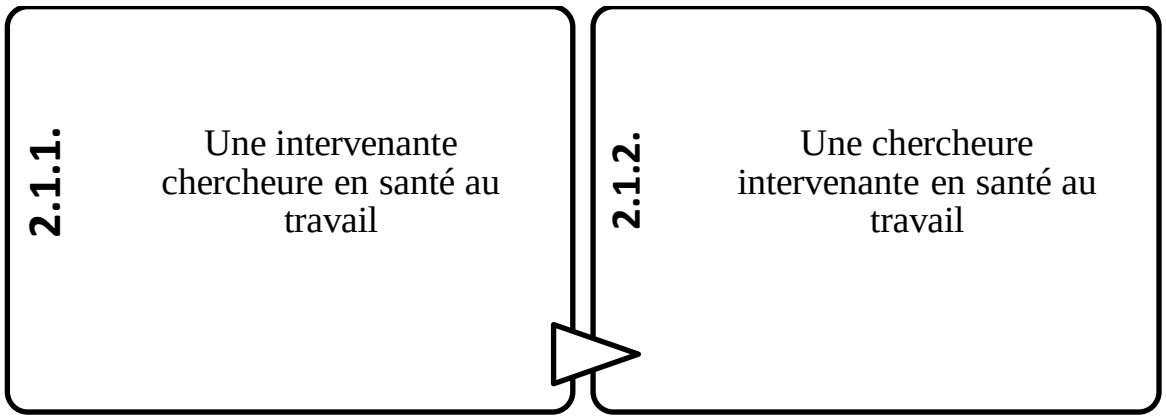
- Une production de connaissances sur le vécu des encadrants en termes de situations de risques psychosociaux auxquels ils sont confrontés dans l'encadrement de leurs équipes.
- Une production de connaissances sur l'opérationnalité d'un système des ressources psychosociales dynamisé par la discussion.
- Une production de connaissances sur les résistances au développement des ressources psychosociales du métier et les facteurs favorables soutenant le processus de santé des individus et des collectifs de travail.

Notre objectif de recherche est également de rendre opérationnel le concept psychologique du métier proposé par Clot. Nous faisons l'hypothèse qu'en développant les ressources psychosociales des quatre instances du métier par la dynamique d'un management par la discussion du travail un encadrant développe la santé de ses équipes.

Cette production de connaissances va structurer notre méthodologie de recherche. Mais avant de présenter son déroulement, nous allons aborder notre cadre épistémologique. En effet, notre

position professionnelle et l'utilisation de nos terrains d'intervention comme terrain de recherche ne sont pas sans incidence sur le choix des outils de recherche, le processus de la recherche et l'analyse des données.

2.1. Le cadre épistémologique



Dans cette partie, nous abordons le cadre épistémologique dans lequel s'inscrit notre démarche de recherche. Nous précisons nos difficultés à construire notre position de chercheur à partir d'une position d'intervenant.

2.1.1. Une intervenante/chercheure en santé du travail

Si les fondements et la validité d'une recherche découlent de la position de chercheur, il nous faut préciser les origines de ce travail de recherche et les difficultés à trouver une position de chercheur, et, essentiellement, notre rapport à la subjectivité.

Notre histoire professionnelle a une incidence sur une reprise d'études alors que nous travaillons en milieu bancaire. Un hold-up a déclenché un désir de changement professionnel et nous nous sommes engagée dans des études en psychologie sous le statut d'étudiant/salarié. Dans les années 1990, nos travaux universitaires nous ont conduite à nous intéresser aux conséquences des agressions en milieu bancaire puis à l'épuisement professionnel. Ces recherches en santé au travail dans le champ de la psychologie étaient novatrices ; elles nous ont permis de valider le titre de psychologue du travail et des organisations en 2002. Nous avons quitté le milieu bancaire pour intégrer le métier de consultant, en entreprises, sur les questions de risques psychosociaux. Le président de l'association où nous intervenions était Michel Debout : l'auteur des rapports sur les violences au travail dont le harcèlement (1999, 2001) au Conseil Economique et Social et l'instigateur de la loi sur le harcèlement moral en 2002 en France. C'est donc au cœur de l'actualité sur les questions sociales de la santé au travail et partie prenante dans la création de processus d'interventions que s'est construite cette deuxième carrière professionnelle. Parallèlement à ces interventions, de nombreuses actions d'accompagnement individuel nous ont conduites « au chevet » (au sens clinique du terme) de nombreux encadrants. La question de la posture de l'encadrant vis-à-vis d'une équipe était au cœur des échanges dans des allers et retours discursifs entre les apports théoriques d'une formation de type « grandes écoles » en management et la réalité de terrain. Il nous a été donné d'accompagner deux types d'élèves : certains n'avaient jamais eu d'expériences professionnelles en management et ils devaient intégrer, après 18 mois de formation, la fonction d'encadrant auprès d'équipes pouvant dépasser une centaine de professionnels. D'autres élèves avaient intégré ces écoles après des expériences significatives en management. Les échanges confrontaient l'expérience et la formation managériale avec, le plus souvent, des discussions sur leur posture et style managériaux.

Ces deux champs d'intervention ont créé de nombreux questionnements. D'un côté, nous avons rencontré des salariés en difficulté pris au piège de tensions relationnelles et/ou organisationnelles avec des encadrants absents ou en conflits relationnels graves. D'un autre côté, nous avons travaillé la capacité réflexive d'encadrants (ou futurs encadrants) et leurs aptitudes à prendre soin de leurs équipes. Nous avons rencontré des encadrants avec un désir de « bien faire » et, parallèlement, nous avons été confrontée à leur sentiment d'impuissance et d'incompréhension lors de difficultés relationnelles avec leurs équipes.

2008 a marqué une rupture. Les tensions de nos différents terrains d'intervention ont atteint un tel niveau de questionnements que nous avons décidé d'en faire une question de recherche dans le cadre d'une thèse. Pourquoi une thèse ? Aujourd'hui, la question reste en suspens. Nous pourrions jouer à interroger nos motivations à partir du concept psychologique du métier. Nous y trouverions des aspirations personnelles liées à notre histoire, à notre sensibilité, à nos valeurs. L'instance impersonnelle questionne les tensions entre les objectifs de notre métier de psychologue du travail et les demandes d'entreprises qui évoluent avec la préoccupation montante sur la santé au travail. La dimension Interpersonnelle interroge les motivations de notre travail « avec et pour » les autres. Nous précisons que cette recherche vise à approfondir les réflexions, es discussions, les controverses professionnelles entre pairs. La dimension Transpersonnelle va cueillir nos motivations plus enfouies et il est vrai que nous avons pour ambition de réinterroger nos interventions en santé au travail par ce travail de recherche.

Dans le champ de la recherche, nous souhaitions partager un objet de recherche peu abordé en psychologie du travail : les liens entre la santé des équipes et l'encadrement de proximité dans un contexte social qui depuis 2008 environ, considère les encadrants comme des acteurs de la santé au travail de leurs équipes. Nous rappelons que les préconisations en matière de dispositifs d'intervention en santé au travail intégraient rarement les encadrants dans les comités de pilotage, seuls étaient considérés comme « acteurs de la santé au travail », les membres du Comité d'Hygiène et de Sécurité, des ressources humaines et les professionnels médico-sociaux.

Pour rendre compte de l'importance de notre subjectivité sur ces questions de santé au travail et encadrement, il nous faut également rajouter que notre conjoint contribue, au niveau national, à la prise en compte des risques psychosociaux dans son entreprise depuis une dizaine d'années. Nous sommes lucide que cet élément de notre vie privée peut constituer un handicap définitif à notre objectivité. Il nous faut donc emprunter un chemin de rigueur et adopter une démarche scientifique.

Cette thèse a donc pour objectif de créer une rupture épidémiologique par rapport à nos terrains d'intervention. En cela, la démarche scientifique va nous permettre de construire une position de chercheur. Toute position de chercheur interroge la relation à l'objet étudié. Elle implique une distanciation par rapport à l'objet, mais également par rapport à nos certitudes. Notre cadre méthodologique a cet objectif.

Mais nous souhaitons aussi, in fine, que cette rupture épidémiologique vienne enrichir notre pratique de terrain dans l'accompagnement des encadrants comme acteurs de la santé de leurs équipes. Cette recherche vise à interroger le « métier » d'encadrant comme acteur de la santé ; elle est venue, en retour, interroger notre propre « métier » de psychologue en santé du travail.

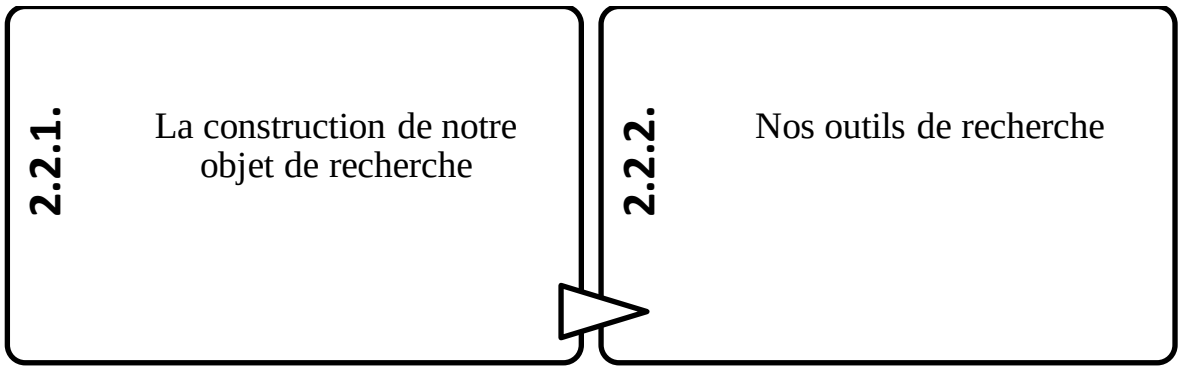
2.1.2 Une chercheure/intervenante en santé du travail

Notre démarche scientifique est intimement liée à notre terrain professionnel. En effet, nous avons utilisé nos interventions en entreprises pour recueillir des matériaux de recherche ; notamment, lors de nos interventions auprès des encadrants, sur des actions de prévention des risques psychosociaux : formations intra-entreprises, accompagnement au changement organisationnel, analyse et préconisations lors de conflits graves dans des équipes. Aussi, tous les matériaux utilisés dans cette recherche sont le fruit de techniques méthodologiques, mais également d'une relation qui s'est établie entre l'observateur et l'observé. Nous sommes consciente que certains matériaux n'auraient pas pu être recueillis sans la confiance qui s'est instaurée avec les encadrants. Parler des difficultés qu'ils rencontrent avec leurs équipes est particulièrement difficiles. Pour obtenir certaines informations utiles pour la recherche, il nous a parfois fallu attendre que la confiance s'établisse. Nous pouvons penser que notre âge, également, a son importance : nous espérons que le temps a lissé les aspérités de notre personnalité et que notre tolérance, gagnée par l'expérience, est perçue par l'autre. De même, nous avons le sentiment que la connaissance de la vie syndicale, de ses jeux et de ses enjeux, a participé à la neutralité bienveillante de notre positionnement vis-à-vis des différents acteurs des entreprises où nous intervenons. La co-construction de certains dispositifs ou leur

réajustement en cours d'intervention a été possible grâce à une confiance partagée avec les partenaires sociaux.

Mais nous n'avons pas seulement recueilli des informations à partir de nos terrains d'intervention. Nous avons cherché à produire de la connaissance théorique, à partir des situations proposées par le terrain : lorsque la littérature ne répondait pas à nos questions, nous interrogions le terrain et, inversement, lorsque le terrain proposait des situations qui nous confrontaient à nos limites, nous utilisions les auteurs et leurs approches théoriques.

2.2. Le cadre méthodologique



2.2.1. La construction de notre objet de recherche

Notre modèle conceptuel cherche à vérifier que l'action des encadrants sur la dynamique des ressources psychosociales des équipes par la discussion du travail favorise la santé des équipes.

Comme nous chercherons à le démontrer, les ressources psychosociales sont présentes dans chaque instance du concept de métier proposé par Clot (2008). Pour nous, ces instances sont les parties d'un système ; nous faisons l'hypothèse que c'est dans la dynamique de chaque instance du métier et de leur interdépendance qui se joue dans la discussion du travail que la santé des équipes peut se développer. Le rôle d'un encadrant, acteur de la santé de ses équipes, résiderait dans sa capacité à mettre en discussion le travail afin de permettre le développement des ressources psychosociales de ces instances ainsi que leurs interactions.

Toutefois, pour démontrer ces suppositions, nous avons suivi un cheminement à partir des zones d'ombre de la littérature. Nous vous proposons, dans un premier temps de présenter notre progression dans la construction de notre objet de recherche qui peut se traduire par ce que nous avons cherché à observer, avant d'exposer comment nous avons cherché à valider nos hypothèses : les outils de recherche mis en place, les populations observées, les indicateurs recherchés.

Lorsque nous avons commencé nos recherches, un peu avant 2010, la question de l'encadrant pouvant agir favorablement sur la santé de ses équipes était particulièrement nouvelle. La notion de « risques psychosociaux » était dominante. Aussi, l'intitulé de notre recherche s'est formulé par « la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants ». Or, l'étude de la littérature mais aussi nos interventions professionnelles auprès des encadrants nous ont rapidement amenés à orienter notre problématique vers la question suivante : « Quelles sont les contraintes et les ressources qui permettent à un encadrant de favoriser la santé de ses équipes ? ». Nous étions après 2010 et le rapport Lachman avait permis un changement de regard de la société publique sur les encadrants et il devenait possible de se projeter sur des compétences managériales rendant les managers « acteurs » de la santé de leurs équipes. Nous avons vu que la littérature nous a conduite à modifier le terme de « favoriser » la santé de ses

équipes pour privilégier le terme de « développement » de la santé, de la « Grande santé » chère à Canguilhem et à Clot (entre autres).

Si notre étude porte sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants, nous souhaitons essentiellement apporter une contribution au « comment » un encadrant peut développer la santé de ses équipes. La littérature nous apporte de nombreuses contributions théoriques sur les facteurs favorisant la santé au travail des équipes. Nous les avons présentées dans la première partie de cette recherche. Or, nous avons également rappelé que les études montrent que la santé des salariés ne cesse de se dégrader (DARES, 2014). Aussi, nous faisons la supposition qu'un lien doit être trouvé entre la théorie et les actions en santé au travail. Pour cela, il nous semble que le concept psychologique du métier développé par Clot (2008) peut être un « outil » opérationnel d'une part pour comprendre et analyser le développement des ressources psychosociales qui peuvent être, de notre point de vue, recensées à partir des quatre instances du métier, mais également pour imaginer un processus formatif à destination des encadrants afin de développer leurs compétences en matière de santé au travail de leurs équipes.

Or, pour arriver à concevoir un processus formatif pour les encadrants, il nous a fallu produire des connaissances sur ce qu'ils rencontraient, dans leur pratique managériale, en termes de risques psychosociaux et comment ils y répondaient.

Aussi, c'est progressivement que nous avons construit notre objet de recherche pour répondre à nos hypothèses de recherche.

- Des hypothèses de recherche relatives à la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants.
- Des hypothèses sur l'opérationnalité du concept psychologique du métier dynamisé par la discussion du travail.
- Des hypothèses sur les limites d'un management par la discussion, mais aussi ce qui permet d'instaurer une culture de la discussion et ses impacts sur la santé des équipes.

Trois méthodologies ont été mobilisées pour répondre à nos hypothèses de recherche :

- Une étude sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants par questionnaire. Cette enquête a permis de répondre aux quatre hypothèses suivantes :
    - Les encadrants perçoivent des situations à risques psychosociaux
    - Ses situations sont suffisamment fréquentes pour justifier une étude sur des actions managériales soutenant la santé des équipes.

    - Les encadrants ont peu de ressources formatives pour gérer et prévenir les situations à risques psychosociaux.
    - Les encadrants ont des soutiens sociaux pour gérer et prévenir les situations à risques psychosociaux.
- Une deuxième étude a été consacrée à l'exploration des représentations des encadrants sur les ressources psychosociales leur permettant de favoriser la santé au travail. Cette étude a mobilisé une méthodologie par focus groups auprès d'encadrants. Elle a permis de répondre à deux de nos hypothèses :
    - Les encadrants ont des représentations sur les actions managériales soutenant la santé au travail.
    - Le management par la discussion développe des ressources psychosociales sur les quatre registres du métier.
- La troisième et dernière étude a permis de tester des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail en organisant différents espaces de discussion sur le travail dans le cadre d'une recherche-action. Elle a permis d'explorer nos quatre dernières hypothèses :
    - La discussion sur le travail demande un apprentissage pour un système d'acteurs afin d'instaurer une culture de la discussion.
    - L'organisation d'un éco-système favorable à la discussion permet le développement d'une culture organisationnelle de la discussion.
    - Le management par la discussion a des limites.
    - Le développement d'un système des ressources psychosociales par la discussion du travail permet le développement de la santé des individus et des collectifs de travail.

ÉTUDE 1 : Production de connaissances sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants

Au début de notre recherche, les risques psychosociaux étaient particulièrement prégnants dans la littérature, mais également auprès des pouvoirs publics et des entreprises comme problématique à éradiquer au nom de la santé publique. Or, la problématique des ressources et des contraintes permettant à un encadrant de favoriser la santé de ses équipes était très peu

abordée au début des années 2010. Quelles étaient les situations en termes de « risques psychosociaux » auxquelles étaient confrontés les encadrants dans le management ? Les médias ont mis le focus sur les situations de harcèlement et de suicide au travail, mais est-ce la majorité des situations rencontrées par les encadrants, au quotidien, avec les équipes ?

Ces interrogations étaient importantes pour légitimer, ou pas, le sujet de notre recherche. En effet, si ces situations sont rares, elles ne nécessitent pas forcément de s'intéresser à comment un encadrant peut prendre en compte ces situations. Aussi, nos premières questions de recherche ont été exploratoires. Nous avions besoin de cerner les situations à caractère de risques psychosociaux que rencontrent les encadrants dans leur quotidien, auprès de leurs équipes ; ainsi que leur fréquence afin de légitimer l'objet de notre recherche.

Mais une autre question concomitante s'est posée. Nous avons pour ambition de produire un processus formatif pour les encadrants afin qu'ils développent des compétences en santé au travail vis-à-vis de leurs équipes. Nous avons voulu interroger les encadrants sur les « ressources formatives » qu'ils peuvent mobiliser pour faire face à ces situations. Or, des études (Journoud & Pézé, 2012 ; Hommes/Performances & EMLyon, 2011) laissent apparaître que les encadrants ont peu de formations managériales. Aussi, quelles sont les formations suivies qui leur permettent, éventuellement, de faire face à ces situations ? Ensuite, bien que Lachamn (2010) insiste sur leur rôle « majeur » dans la santé des équipes, les encadrants font partie d'un système dans les organisations. D'autres acteurs en charge de la santé au travail peuvent être sollicités par les encadrants. Aussi, nous nous sommes interrogée sur les personnes « ressources » qu'ils sollicitaient pour répondre à ces questions.

Ainsi, une première étape de la recherche a porté sur la notion de risques psychosociaux. Au début de cette recherche, les indicateurs d'évaluation des risques psychosociaux (Gollac & Bodier, 2011) n'étaient pas stabilisés. De plus, nous avons vu que la littérature scientifique reconnaît le caractère flou et subjectif de ces notions. Aussi, il nous a semblé plus intéressant et pertinent d'explorer les représentations des encadrants portant sur les risques psychosociaux et d'analyser ensuite si elles pouvaient se regrouper en catégories.

Étape 1 de la recherche : Production de connaissances sur les ressources et contraintes des encadrants face aux situations de risques psychosociaux des équipes	
Questions de recherche	***Matériaux de recherche***
Quelles sont les situations de risques psychosociaux perçues par les encadrants dans leur management d'équipe, au quotidien ?	- les situations à caractère de risques psychosociaux - les situations de risques psychosociaux médiatisés comme le suicide et le harcèlement
Quelle est la fréquence de ces situations afin de légitimer une recherche sur les actions managériales soutenant la santé des équipes ?	- la fréquence de l'exposition à ces situations entre un encadrant et son équipe
Quelles sont les formations suivies par les encadrants afin de les aider à prévenir et gérer des situations de risques psychosociaux ?	- les formations suivies par les encadrants en matière de management et de prévention des risques psychosociaux
Quels sont les soutiens sociaux que les encadrants sollicitent pour les aider dans la gestion de ces situations de risques psychosociaux ?	- les personnes « ressources » sollicitées pour faire face aux situations de risques psychosociaux

Tableau 3 : Construction de notre objet d'étude, étude 1

ÉTUDE 2 : Production de connaissances sur les ressources psychosociales et élaboration d'un système de ressources psychosociales du métier dynamisé par la discussion du travail

La première étude nous permet de comprendre les situations perçues par les encadrants comme des risques psychosociaux afin de valider l'intérêt d'élaborer des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Cependant, la littérature scientifique nous a montré les limites de cette notion. Aussi, nous posons comme hypothèse que pour aborder les liens entre la santé et l'action des encadrants, les ressources psychosociales sont plus pertinentes. Le concept psychologique du métier nous a semblé recéler un potentiel. Ainsi, nous avons choisi d'explorer les représentations des encadrants sur leurs actions favorisant la santé des équipes afin d'observer si celles-ci permettent le développement des quatre registres du métier. Nous avons également utilisé les dernières recherches sur un management par la discussion pour nous interroger sur les représentations des encadrants sur ces espaces de discussion.

Cette étude doit nous permettre d'étudier des hypothèses sur les actions des encadrants soutenant la santé des équipes, mais nous souhaitons également valider notre cadre conceptuel et l'opérationnaliser comme Système des Ressources Psychosociales du métier avec, comme possibilité à vérifier, que la discussion du travail renforce les quatre registres du métier ainsi que la mise en dynamique de leurs articulations. Ainsi, à partir des représentations des encadrants sur les moyens d'actions renforçant les ressources du métier, nous espérons observer le mouvement du métier, d'un métier vivant selon la conception de Clot.

Étape 2 de la recherche : Elaboration d'un système des ressources psychosociales du métier et sa dynamique par la discussion du travail à partir des représentations des encadrants sur les ressources soutenant la santé au travail des équipes	
Questions de recherche	***Matériaux de recherche***
Quelles sont les représentations des encadrants sur les ressources psychosociales à développer pour soutenir la santé des équipes ?	- les représentations des encadrants sur les ressources psychosociales
Est-ce que ces représentations peuvent être classées dans les quatre registres du métier ?	- les représentations des encadrants sur les ressources psychosociales
Est-ce que la discussion du travail est présente dans leurs représentations ?	- les représentations des encadrants sur la discussion du travail
Est-il possible d'élaborer un Système des Ressources Psychosociales du métier et d'envisager sa dynamique par la discussion du travail ?	- les représentations des encadrants sur la discussion du travail et sur les ressources psychosociales

Tableau 4 : Construction de notre objet d'étude, étude 2

ÉTUDE 3 : Production de connaissances sur l'opérationnalité du système des ressources psychosociales dans l'élaboration de processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

Après avoir élaboré un « système des ressources psychosociales du métier » dynamisé par la discussion du travail, nous avons cherché à tester son opérationnalité. Nous sommes partie de l'hypothèse qu'il pouvait être médiateur dans la discussion du travail. Aussi, nous avons mis en place des processus d'intervention visant à mettre en discussion le travail en interrogeant les différents registres du métier. Nous avons fait varier les substrats matériels de ces espaces de discussion à savoir les participants, les méthodes d'animation, les animateurs. Nous avons mis en place l'organisation d'un éco-système favorable à la discussion du travail tel que préconisé par Detchessahar (2013) : des espaces de discussion locaux, méso et globaux. Différentes actions formatives ont également été testées auprès des encadrants. Nous avons eu la volonté de confirmer le système des ressources psychosociales du métier comme un « outil » pertinent dans les interventions soutenant l'action des encadrants en santé au travail afin de retirer des éléments pour améliorer les formations en santé au travail de ces acteurs. Mais nous avons également souhaité observer ses limites dans son fonctionnement.

L'ensemble du processus de notre recherche (étude des représentations des encadrants sur les risques psychosociaux puis sur les ressources afin d'élaborer puis tester l'opérationnalité du concept psychologique du métier) a un seul objectif : celui de vérifier les actions soutenant la santé des équipes. Aussi, notre troisième étude comprend une évaluation des actions menées sur la santé, la « santé vivante » s'évalue sur les critères du pouvoir d'agir et de la créativité.

Cette troisième partie de notre recherche cherche à tester et à évaluer des actions soutenant la santé des équipes.

Étape 3 de la recherche : Production de connaissances sur les facteurs favorables à la discussion du travail, les limites d'un management par la discussion et les impacts sur la santé des équipes	
Questions de recherche	Matériaux de recherche
Quels sont les résistances et facteurs d'engagement **des équipes** à discuter le travail ?	- L'engagement quantitatif des équipes dans les espaces de discussion proposés - Les objets mis en discussion (quantité et qualité) et notamment les ressources psychosociales du métier
Quels sont les résistances et facteurs d'engagement **des encadrants** à discuter le travail ?	- L'engagement quantitatif et qualitatif des encadrants dans les espaces de discussion proposés - L'évolution de ces activités (entre la prescription et le réel)
Quels sont les résistances et facteurs d'engagement **du système d'acteurs chargés dans l'organisation de la santé au travail** à discuter le travail ?	- L'engagement quantitatif dans les espaces de discussion proposés - L'engagement qualitatif dans les espaces de discussion proposés : capacité à discuter, propositions des acteurs
Quelles sont les limites d'un management par la discussion ?	- Des situations où la discussion sur le travail n'a pas été possible
Est-ce qu'un management par la discussion produit de la santé pour les équipes ?	- Le développement des ressources psychosociales du métier

Tableau 5 : Construction de notre objet d'étude, étude 3

2.2.2. Nos outils de recherche

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons à produire trois cycles de connaissances :

- Production de connaissances sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants.
- Production de connaissances sur les ressources psychosociales permettant à un encadrant de développer la santé de ses équipes.
- Production de connaissances sur les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail.

Nous proposons maintenant de présenter la méthodologie utilisée pour chacune des trois études ayant permis de produire ces connaissances.

ÉTUDE 1 : La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants

Avant de concevoir nos dispositifs formatifs auprès des encadrants, nous avons été confrontée à des questionnements sur leur vécu en termes de confrontation à des situations de risques psychosociaux. En effet, les compétences à acquérir pour un encadrant peuvent être différentes si les situations majoritairement rencontrées sont des situations de harcèlement et/ou de suicide ou alors des situations de difficultés d'adaptation à une organisation de travail. Nous avions également besoin de connaître les ressources mobilisées pour répondre à ces situations. Nous souhaitions concevoir des dispositifs de formation et notre volonté n'était pas de reproduire ce qui a déjà été mis en place. De plus, nous avions besoin de savoir si les ressources sociales leur permettaient de faire face à ces situations et qu'une « délégation » systématique évitait de les confronter à ces situations. Dernier élément qui nous a semblé intéressant d'explorer dans cette partie concerne les savoirs implicites. En effet, il ne nous intéressait pas de savoir ce qu'ils faisaient réellement, car nous avions conscience qu'ils pouvaient être soumis à des actions de management « empêchées » et une observation directe aurait été biaisée. Aussi, nous nous sommes attachées à recueillir leurs représentations.

Aussi, pour recueillir ces différents matériaux, nous avions besoin d'outils de recherche d'une part, qui nous permettent d'analyser la perception des encadrants sur des situations de risques psychosociaux, et d'autre part, sur les ressources formatives et de soutiens sociaux.

Un questionnaire pour recueillir les représentations des encadrants sur les situations perçues comme des risques psychosociaux et les ressources formatives et sociales mobilisées pour y répondre.

Pour accéder à la perception des situations de risques psychosociaux ainsi que les ressources formatives et soutiens sociaux mobilisés, nous avons choisi d'utiliser la méthode par questionnaire. La collecte d'informations en sciences sociales peut se faire à partir de trois méthodes : l'observation, l'entretien et le questionnaire. Le choix est réalisé en fonction de l'objet d'étude. Dans notre situation, cette étude constitue une phase exploratoire. Nous souhaitions avoir accès à des données quantitatives (type de situations de risques psychosociaux, fréquence, ressources formatives et sociales mobilisées). Nous avons posé des hypothèses que nous souhaitions confirmer afin de légitimer notre travail de recherche :

- Les encadrants rencontrent des situations de risques psychosociaux.
- Ils ont peu de ressources formatives pour prendre en compte des situations.
- Ils ont des soutiens sociaux qu'ils peuvent solliciter.

Le recours au questionnaire nous permet de recueillir des données auprès d'un public plus large que dans le choix de l'observation ou de l'entretien. Sa facilité et sa rapidité de passation nous permettent de l'administrer à un nombre plus important de personnes et d'apporter au sujet d'étude une extension plus importante. La méthode par questionnaire se compose principalement de quatre phases :

- Une phase de cadrage méthodologique : délimitation de l'objet d'étude et sélection de l'échantillon.
- Une phase de construction du questionnaire : élaboration de la trame, formulation et élaboration des questions.
- Une phase de passation du questionnaire pour recueillir les données auprès de l'échantillon sélectionné.
- Une phase d'analyse.

Cadrage méthodologique du questionnaire

La délimitation de l'objet de l'étude par questionnaire est apparemment posée : nous recherchons les situations perçues comme des risques psychosociaux par les encadrants, la fréquence d'exposition ainsi que les ressources formatives et sociales. Or, il n'était pas facile de délimiter « les situations de risques psychosociaux ». Nous avons vu que la littérature ne cerne pas précisément cette notion. Et le questionnaire a été élaboré avant la parution des travaux du Collège d'Expertise sur l'évaluation des risques psychosociaux. Nous n'avons pas pu nous appuyer sur cette classification que nous aurions peut être utilisée. Mais notre volonté était de nous rapprocher au plus près de la perception des encadrants. Nous n'avons donc pas choisi de classification préétablie.

Préparation des situations de risques psychosociaux proposées dans le questionnaire

Pour déterminer les situations que nous allions proposer aux encadrants comme des situations de risques psychosociaux, nous avons utilisé nos terrains d'intervention professionnels et plus particulièrement les formations animées auprès d'encadrants sur le thème de la prévention des risques psychosociaux. En 2010, auprès de 8 groupes d'encadrants du secteur de la restauration collective soit 75 encadrants de proximité. Nous sommes appuyée sur notre journal de bord qui nous accompagne sur chaque formation et sur lequel nous notons les remarques des participants et notamment les situations qu'ils présentent spontanément comme des risques psychosociaux lorsque nous recueillons leurs attentes. C'est donc à partir d'un recueil de situations managériales librement annoncées par les encadrants comme faisant partie du sujet de la formation : les risques psychosociaux, que nous avons construit l'objet d'étude des situations perçues comme des risques psychosociaux par les encadrants.

Les résultats du questionnaire nous permettent d'effectuer des statistiques sur les types de situations rencontrées, leur fréquence, les ressources formatives et sociales mobilisées par les encadrants lors de confrontation à des situations de risques psychosociaux. L'expérimentation est une méthode associée à des hypothèses de recherche précises où l'on s'attend à un impact d'une variable indépendante sur une variable dépendante. Dans notre recherche, il est intéressant de s'interroger sur des différences de genres, d'âges, de niveaux de formation en

lien avec la confrontation à des situations de risques psychosociaux. Nous présentons la composition de notre échantillonnage et les écarts entre secteurs d'activité peuvent également enrichir notre recherche.

Constitution de l'échantillon des participants à la méthode par questionnaire

La littérature nous dit que le choix de l'échantillon est capital dans une recherche (Grawitz, 1993). En effet, sans échantillon, l'étude n'est pas possible. Plusieurs méthodes sont utilisées pour constituer un échantillon :

- méthode empirique : le choix de l'échantillon est réalisé de façon à que les individus choisis reproduisent les caractéristiques de la population totale ;
- méthode aléatoire ou probabiliste : le choix s'effectue sur la base d'un « tirage au sort » à partir d'une base de sondage « énumérant sans omission et sans répétition, la totalité des individus qui composent la population ».

Notre échantillon a été constitué de manière empirique. Il a été obtenu de manière non probabiliste. Nous nous sommes servie de notre terrain d'intervention professionnel et des actions de formation qui se sont présentées sur la période recouvrant ce travail de recherche soit de 2010 à 2014. Aussi, notre échantillon ne prétend pas rendre compte de l'ensemble de la population d'encadrants. En étant sélectionné à partir des éléments de la population accessibles et disponibles par le chercheur, notre échantillon est non représentatif. Il s'est constitué selon la technique d'échantillonnage empirique accidentel. Il est constitué de 410 encadrants ayant répondu à des questionnaires exploitables (3 questionnaires ont été éliminés, car les répondants avaient répondu à l'identique pour toutes les situations proposées). Trois secteurs d'activité ont été concernés par l'étude : le secteur de la restauration collective, le secteur de la Fonction Publique Hospitalière et le secteur de la logistique de transport.

Secteur d'activité	Nb. cit.	Fréq.
Secteur restauration collective	260	63 %
Secteur équipement transports	29	7 %
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	48	12 %
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	73	18 %
TOTAL OBS.	410	100%

Tableau 6 : Échantillon étude 1

La méthode empirique de constitution de notre échantillon questionne la représentativité de la population des encadrants. Aussi, nous resterons prudente sur la généralisation des résultats. Toutefois, en réalisant une étude sur une fraction de la population, notre étude se définit comme « une enquête sur une fraction de situations, choisies parmi toutes les situations possibles » (Martin, 2009, p. 15) et plus spécialement dans deux secteurs d'activité : la restauration collective et la fonction publique hospitalière.

Aussi, sans avoir l'ambition de représenter la population des encadrants français, notre analyse des données peut nous apporter des éclairages non encore étudiés sur les situations à caractères de risques psychosociaux rencontrées par les encadrants dans le management de leur équipe.

Phase de construction du questionnaire

Notre questionnaire répond à une démarche exploratoire concernant les types de situations à caractère de risques psychosociaux rencontrés par les encadrants et les équipes, leur fréquence d'exposition et les ressources formatives et sociales des encadrants pour faire face à ces situations. Il est présenté en annexe 1.

Notre étude a une visée essentiellement quantitative. Aussi, nous avons privilégié les questions fermées. Seules deux questions sont ouvertes : les formations managériales suivies au cours de leur carrière d'encadrants et les personnes ressources « que vous sollicitez spontanément pour vous aider à résoudre ces problématiques ». Un espace était laissé pour des commentaires. Par la mise en place de questions fermées, le questionnaire se distingue des outils que sont l'entretien et l'observation. Il nous demande de mettre en place des indicateurs précis. Il a été relativement facile de questionner les ressources formatives et sociales. En revanche, en ce qui concerne les situations à caractère de risques psychosociaux, des difficultés de formulation se sont présentées. Nous n'avons pas voulu établir de typologie en amont (ce qui aurait été plus facile, peut-être, dans l'analyse et la présentation des résultats). La construction des questions fermées a nécessité un travail exploratoire, en amont, en ce qui concerne le type de situations rencontrées. Nous nous sommes appuyée sur des situations qui avaient été évoquées lors de formations précédentes auprès d'encadrants en formation sur les risques psychosociaux dans le secteur de la restauration collective. Le recueil de ces situations est présenté en annexe 2. Il nous a permis de construire plusieurs situations. Celles-ci s'avèrent possiblement classables dans les catégories de situations proposées par les accords nationaux sur le stress et les violences au travail (dont le harcèlement).

Nous avons des situations de stress, c'est-à-dire qui font état d'un déséquilibre entre des contraintes et des ressources avec pour conséquences un impact sur la santé des salariés :

- « J'ai eu à gérer un entretien d'appréciation annuelle difficile du fait d'un collaborateur en pleurs. »
- « Dans mon service, un ou plusieurs collaborateurs sont en arrêt longue maladie pour dépression. »
- « Suite à une longue surcharge de travail, l'un de mes collaborateurs a été arrêté pour épuisement professionnel. »
- « Un de mes collaborateurs a soudain perdu son efficacité professionnelle alors qu'il était compétent. »
- « Je n'ai pas su quoi faire quand un de mes collaborateurs m'a fait part de problèmes personnels graves » peut sembler éloigner de la catégorisation des situations de stress ; mais plusieurs encadrants ont évoqué ces situations « personnelles » sans trop savoir s'il était de leur ressort de les traiter.

Les encadrants ont également évoqué leur propre stress que nous avons formulé de cette manière la plus neutre possible :

- « Je subis le stress de mes collègues et collaborateurs qui s'ajoute à mon stress et m'empêche de dormir. »

Les situations de violences se décomposent en situations de violences dites externes, c'est-à-dire des tensions relationnelles entre les salariés et le public auquel leur environnement professionnel les confronte :

- « Certains de mes collaborateurs se plaignent de violences verbales de la part des clients. »

Et les situations de violences internes sont caractérisées par des tensions entre professionnels d'une même entreprise. Ces situations recouvrent plusieurs caractéristiques. Les encadrants ont essentiellement évoqué les situations où ils ont vécu des tensions relationnelles avec leurs équipes :

- « Je me suis fait fortement agresser verbalement par un collaborateur. »
- « Je me suis fait agresser physiquement par un collaborateur. »
- « J'ai dû faire face à une équipe hostile lors de mon arrivée dans un service comme encadrant. »

Nous avons également souhaité rajouter des situations fortement médiatisées comme le harcèlement et le suicide au travail (qui avaient d'ailleurs été évoquées lors des formations qui nous ont servi de base exploratoire) :

- « Un de mes collaborateurs m'a accusé de harcèlement. »
- « Un collaborateur de mon équipe a menacé de se suicider si je ne répondais pas à ses attentes. »

Enfin, plusieurs encadrants ont fait part de situations où il leur a été demandé de « faire partir » un membre de leur équipe. Aussi, nous avons souhaité investiguer ce type de situation en formulant ainsi la question :

- « Au cours de ma vie professionnelle, il m'a déjà été demandé de faire partir (démissionner) de l'entreprise un de mes collaborateurs. »

En ce qui concerne l'échelle de fréquence pour ces différentes situations, nous avons utilisé les échelles unidimensionnelles (ou échelles de Likert) dans lesquelles la personne interrogée a quatre à plusieurs choix de réponses. Nous avons proposé quatre choix pour chacune des situations : « jamais – rarement – souvent – très régulièrement ». Les questions sont fermées ce qui se prêtent plus facilement au dépouillement et à l'analyse statistique. Par contre elles sont réductrices : la réalité est limitée à une série de modalités.

Le libellé des questions a été étudié afin que les questions soient comprises de tous et sujettes à un minimum de biais. Et nous avons veillé à ce qu'elles ne comportent pas de double sens. Elle commence par « je » afin de personnaliser les réponses. Nous avons été attentive à ce que les questions soient formulées de manière neutre afin d'induire le minimum de désirabilité sociale notamment dans la formulation des situations. Il ne nous est pas possible de dire si nous avons réussi à éviter ce biais, certainement pas complètement. Nous avons tenté de le réduire par le mode de passation. Le questionnaire était proposé aux participants lors d'une pause alors que nous avions déjà commencé à aborder ces questions en évitant la culpabilisation des encadrants. Nous pouvons penser qu'un niveau de confiance et d'authenticité avait été atteint (noté par les participants dans les évaluations finales des formations).

Phase de passation du questionnaire

Le mode de passation se déroulant lors d'une séance de formation, il était également important que les participants à l'étude remplissent très rapidement le questionnaire. Aussi, le questionnaire se présente sur une seule page. Nous avons choisi, en début de questionnaire, de poser les questions signalétiques permettant d'identifier la population participant à la recherche. Elles ont un effet « brise-glace » engageant les participants. Ensuite, nous avons présenté les différentes situations en mêlant les situations qui peuvent paraître moins graves que d'autres et en ne commençant pas une situation « classique » de management : l'entretien d'évaluation afin d'inscrire nos questions dans une certaine « normalité » de l'activité d'encadrement. Nous avons terminé par deux questions ouvertes : une sur les personnes ressources qui sont mobilisées lors de ces situations et une partie commentaire.

Tous les questionnaires traités ont été administrés par l'enquêteur, en face à face, dans l'espace-temps d'une formation sur le temps et le lieu professionnel. Nous avons donné les consignes en remettant le questionnaire et nous avons précisé l'objet de notre étude : une recherche universitaire, dans le cadre d'une thèse, sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants. Nous avons insisté sur le caractère facultatif du questionnaire. Nous avons eu très peu de refus (environ 10 personnes ne nous ont pas rendu le questionnaire). Nous avons éliminé un seul questionnaire lors de l'analyse des données : la personne n'avait pas répondu aux questions concernant les problématiques rencontrées. Les participants pouvaient poser des questions pour répondre au questionnaire. Nous avons eu la même attitude que lors de la passation de tests psychotechniques, les renvoyant à leurs propres représentations.

Méthodes d'analyse du questionnaire

Les questionnaires ont été traités à partir du logiciel SPHINX pour l'ensemble des questions (ouvertes et fermées).

Ces différentes données ont donné lieu à un traitement d'analyse croisée. La fréquence d'exposition aux différentes situations à caractère de risques psychosociaux a été croisée avec les variables de secteurs d'activité, de genre, de taille d'équipe, d'ancienneté, de niveau d'encadrement (encadrement de proximité avec des équipes opérationnelles ou encadrement d'une équipe d'encadrants). Dans la présentation de nos résultats, nous avons retenu seulement

les données qui présentaient une différence. Pour les formations suivies, nous présentons un croisement de données avec le secteur d'activité ainsi que pour les personnes ressources sollicitées où nous avons rencontré des écarts.

ÉTUDE 2 : Élaboration d'un système des ressources psychosociales du métier à partir des réprésentations des encadrants sur les actions soutenant la santé des équipes

Dans cette étude, notre objectif est de produire des connaissances sur les représentations des encadrants sur les ressources psychosociales favorisant la santé au travail. Nous sommes partie du postulat que les encadrants avaient des connaissances sur les liens entre leur action et la santé des équipes.

Cadrage méthodologique de notre objet d'étude et sélection de la population étudiée

Nous nous sommes posée la question de savoir comment cerner les connaissances des encadrants sur leurs actions en prévention de la santé de leurs équipes. Pouvions-nous accéder à ce qu'ils faisaient réellement pour mesurer des écarts entre leurs actions et ce que propose la littérature ? Cette voie nous a semblé ardue d'autant plus que nous étions dans une phase exploratoire de notre recherche. Accéder aux leviers d'action mis en place nous aurait demandé d'utiliser des méthodes d'observation et/ou d'entretiens. Nous nous serions basée sur le déclaratif. Les biais nous ont semblé nombreux concernant le repérage des leviers d'action entre ce que les encadrants font, ce qu'ils voudraient faire, ce qu'ils pensaient faire et ce qui leur ait demandé de faire. Nous ne devions pas perdre de vue l'objectif de cette étude intermédiaire : nous visions, ensuite, de tester des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Aussi, il nous était nécessaire d'explorer leurs connaissances sur cette question afin d'élaborer des processus s'appuyant sur les résultats de cette enquête. Aussi, nous avons choisi un angle de recherche. Puisque nous partions du constat théorique (et à valider lors de la première étude) que les risques psychosociaux sont difficilement opérants pour envisager l'action managériale en santé au travail, est-ce que les encadrants envisagent leurs actions lorsque nous abordons la question de la santé par le biais des ressources ?

Cet angle de vue nous permet également de remplir un autre objectif cherchant à concilier les connaissances et l'action : élaborer un système des ressources psychosociales à partir du concept du métier. Aussi, cette phase de la recherche s'est attachée à explorer les représentations des encadrants sur leurs leviers d'action et de les mettre en lien avec les ressources psychosociales du métier sur les quatre instances du métier. Nous pourrions également observer si la discussion sur le travail émergeait. Ainsi, l'objet de cette étude 2 concerne les représentations des encadrants sur leurs actions soutenant la santé des équipes.

Le terme de représentation, classique en philosophie et en psychologie, désigne « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée » (Lalande, 1951, in Laplanche & Pontalis, 2002, p. 414). Pour appréhender ce « contenu concret de l'acte de pensée », nous avons choisi la méthode des Focus Groups. « Les « focus groups » constituent une méthode appropriée de recueil de données lorsque l'on s'intéresse aux représentations sociales car ils sont fondés sur la communication et celle-ci est au cœur de la théorie des représentations sociales. Moscovici (1984) précise que « nous pensons avec nos bouches », indiquant que la formation d'idées, de croyances et d'opinions s'insère dans et par la communication. » (Kitzinger, Markova & Kalampalikis, 2004, p. 239). Ces auteurs précisent que cette méthode a pris naissance dans le domaine de la recherche qualitative en sciences sociales au cours de la Seconde Guerre. Elle a permis aux chercheurs d'interroger des faits sociaux inexplorés comme l'analyse de la propagande (Lazarsfeld, 1969 ; Merton, 1965) ainsi que les attitudes et auditeurs de différentes émissions radiophoniques. La pertinence de cette méthode à explorer des terrains où il manque de la connaissance a particulièrement retenu notre attention pour l'utiliser dans notre recherche sur ce thème si peu abordé de l'action des encadrants en santé au travail.

La méthode des focus groups rejoint les méthodes qualitatives en sciences sociales comme les entretiens ou l'observation. « Les focus groups sont des discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinentes pour une recherche. Le principe essentiel consiste en ce que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de recueil de données et comme point de focalisation dans l'analyse (Kitzinger, 1994) (…) Les focus groups sont organisés dans un but défini et le focus (point de focalisation) proposé par le chercheur est explicite pour les participants. » (Kitzinger, Markova & Kalampalikis, 2004, p. 237). Ainsi, à la différence d'autres méthodes qualitatives, les focus groups permettent de centrer la conversation sur un

sujet particulier. Ils permettent également au chercheur de recueillir l'expression d'idées dans un contexte social précis. Cette méthode se distingue également des entretiens collectifs. Certains auteurs (Merton, 1987) sont attentifs à la non-directivité de l'animateur dans la conduite des focus groups. La spontanéité est donc au cœur de la démarche. Cette donnée nous semblait importante pour tenter de contourner les biais de la désirabilité sociale lorsque nous interrogerions les encadrants sur leurs représentations en santé au travail. Dans cette méthode, les encadrants deviennent de « savants amateurs » (Moscovici, 1984) afin de nous permettre d'accéder à des connaissances.

Pour choisir la population de cette étude, nous avons également utilisé nos terrains d'intervention professionnel auprès des encadrants. Cette étude s'est déroulée de 2011 à avril 2014. Elle a concerné les mêmes secteurs d'activité que l'étude 1 ; à savoir la restauration collective, la Fonction Publique Hospitalière et le secteur de la logistique de transport en plus faible proportion. 33 focus groups ont été animés.

Secteurs d'activité représentés	**Nombre de focus group**
Secteur de la restauration collective	19
Secteur hospitalier – encadrants d'équipes soignantes	8
Secteur hospitalier – encadrants d'équipes non soignantes	3
Secteur de la logistique de transport aérien	3
Total	**33**

Tableau 7 : Echantillon participant aux focus group

Phase de construction de notre méthode de recherche

L'organisation des focus groups est relativement souple. La recherche de la spontanéité est l'objectif à privilégier. « Différentes traditions existent par rapport à l'utilisation des focus groups, opposant, par exemple, les études de marché aux enquêtes scientifiques. La conduite de groupe a également évolué dans le temps. Cependant, la plupart des scientifiques utilisent cette méthode informelle et souple, afin d'encourager la spontanéité des discours quotidiens. Certains espèrent pouvoir rendre cette spontanéité de mise dans les conversations (analogue à celle que l'on peut constater dans l'observation ethnographique). En même temps, les

chercheurs sont d'accord pour dire qu'on ne peut considérer les focus groups comme « naturels » et qu'il faut prêter attention au contexte et au cadre de l'événement. On décide, généralement, du recrutement, de la taille, de la composition et du lieu pour 1° renforcer l'interaction souple entre les participants et 2° reconnaître explicitement l'importance du contexte qui a présidé au cadre de la discussion. » (Kitzinger, Markova & Kalampalikis, 2004, p. 240).

Ainsi le recrutement et le lieu nous semblent particulièrement importants pour présenter l'organisation de notre méthode. Les focus groups se sont déroulés en temps et lieu d'une formation institutionnelle sur le thème de la prévention des risques psychosociaux et de la santé au travail, donc pendant le temps de travail et sur le lieu de travail. Le thème proposé, objet de notre recherche, s'intégrait « spontanément » (si nous pouvons dire) au contexte ; il n'était pas déconnecté du travail, du lieu du travail et des réflexions sur l'action des encadrants en santé au travail.

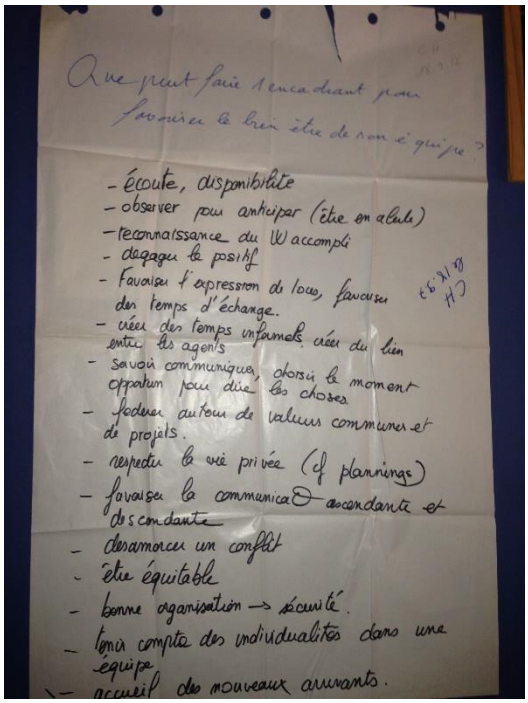
Les focus groups se composent de 4 à 8 participants. Nos groupes en formation sont constitués de 8 à 10 participants. Aussi, nous avons choisi de travailler en sous-groupe et de composer des focus groups de 4 à 5 participants. Nous soulignons l'homogénéité de la composition des groupes : tous les participants sont des encadrants d'un même secteur d'activité et d'une même entreprise. Par contre, pour le secteur de la restauration collective majoritairement représenté, les participants se connaissent rarement. Ils travaillent dans des unités géographiques distantes entre elles de plusieurs kilomètres parfois et ils ont très peu l'occasion de se retrouver. Les participants sont de statut hiérarchique identique : des encadrants de proximité.

Phase d'animation des focus groups

Ces focus groups ont pour objectif de mettre en lumière les représentations des encadrants sur leurs actions soutenant la santé des équipes. Nous faisions l'hypothèse qu'en abordant la question de la santé par les ressources, nous pourrions accéder à notre objet d'étude (à la différence de l'angle des risques psychosociaux ou de la souffrance). La manière de lancer la discussion des focus groups nous a demandé quelques essais/erreurs.

Tout d'abord en ce qui concerne la question posée aux focus groups. Nous avons retenu la question « Que peut faire un encadrant pour favoriser le bien-être de ses équipes ? » après avoir utilisé les termes de « santé » et de « qualité de vie au travail ». Ces deux notions n'ont pas permis d'obtenir une richesse des représentations.

Ensuite, nous avons créé un exercice pour faire émerger les représentations. Les auteurs proposent des techniques d'animation de focus groups basées sur une série d'items inscrits sur de grandes fiches. Les participants doivent ensuite trier en formant des piles et en débattant entre eux de la pertinence du classement. Or, nous ne voulions pas induire des items sur les actions des encadrants mais laisser libre les représentations des encadrants. Aussi, nous avons choisi de séparer notre groupe de 8 à 10 participants en 2 sous-groupes. Chaque groupe avait une question à travailler ; l'une portait sur les conséquences du stress sur la santé des salariés, des équipes, de l'encadrant et de l'entreprise et l'autre question portait sur notre sujet d'étude. Chaque groupe devait nommer un « rapporteur ». Son rôle était de recueillir, sur une grande feuille de papier, les idées des participants en animant le groupe. Toutes les idées étaient notées. Ensuite, après 15 à 20 minutes d'exercice, nous demandions aux participants de changer de question ; ainsi ceux qui avaient réfléchi à la question sur les conséquences du stress travaillaient celle sur les actions des encadrants et inversement. Seuls les animateurs/rapporteurs ne changeaient pas de place et de question. Par contre, ils avaient pour consigne de ne pas montrer le travail du premier groupe et de ne pas influer sur les réponses du deuxième sous-groupe. Une synthèse et une présentation des travaux des deux sous-groupes étaient réalisées par les animateurs/rapporteurs. Nous avons récupéré l'ensemble des feuilles sur lesquelles étaient regroupées les idées. Elles ont constitué notre matériel de recherche.



Méthode d'analyse des résultats

Les 33 focus groups nous ont permis de réunir 803 idées. Nous avons pour objectif d'analyser ces réponses et de dégager les représentations des encadrants sur leurs actions en santé au travail. Notre intention est d'évaluer les écarts entre ces représentations et les ressources psychosociales susceptibles d'être mobilisées. Nous avons utilisé comme grille de lecture le concept psychologique du métier. Comme nous faisons l'hypothèse que ces ressources deviennent « vivantes » à partir d'une activité dialogique sur le travail, nous souhaitons également repérer les représentations concernant la discussion sur le travail. Nous pouvons également faire l'hypothèse que d'autres ressources émergent.

Aussi, pour atteindre ces objectifs, nous avons mis en place une méthode d'analyse de contenu de ces représentations. Nous avons été trois à traiter les données indépendamment des unes des autres : deux psychologues du travail et une psychosociologue. La consigne demandait à reprendre chacune des idées et de les classer dans un registre du métier. Si nous ne savions pas dans quelle instance classer la représentation, nous la mettions de côté. Ce travail d'analyse a été supervisé par un autre psychologue du travail. Nous avons ensuite comparé les classements et retenu uniquement les ressources qui avaient été classées unanimement dans les quatre registres du métier. Puis nous avons observé les ressources pour lesquelles le classement avait été divergeant. Les ressources non classées dans les registres du métier ont également fait l'objet d'une analyse.

ÉTUDE 3 : Élaboration de processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

Cadrage méthodologique et population concernée par l'étude

Notre troisième étude a pour objectif de concilier la connaissance et l'action. Les deux premières études portent sur les liens entre la santé et l'action de l'encadrement. Nous avons fait l'hypothèse que les risques psychosociaux ne sont pas opérant pour construire des liens visant le développement de la santé. Au contraire, notre étude sur les ressources va nous révéler un potentiel d'action que nous souhaitons tester dans la troisième étude. Ce potentiel d'action se révèle de deux ordres qui, réunit, constituent un système dynamisé par l'activité dialogique

sur le travail : le développement des ressources psychosociales du métier des équipes et l'outil de la discussion sur le travail. Notre recherche s'inscrit dans le courant de la clinique de l'activité. « La clinique de l'activité n'est pas un territoire dont on tracerait les contours grâce à une opération de tri-classification d'un dedans opposé à un dehors. Il s'agit plutôt, en identifiant ce qui est partagé par les perspectives présentées, de relever des fondations communes. Mais aussi de poursuivre l'investigation et l'élaboration en sériant les divergences et en favorisant débats et controverses. Certaines de ces divergences reposent essentiellement sur des malentendus, des a priori, des processus d'invalidation-disqualification plus souvent alimentés par la culture du « narcissisme des petites différences » (Freud, 1929) que par d'authentiques disputes scientifiques. D'autres, par contre, constituent de véritables opportunités pour alimenter et faire progresser la pensée autour de cette question centrale en clinique de l'activité : quelles sont les ressources pour l'action en milieu de travail ? » (Lhuilier, 2006, p. 180). C'est à cette dernière question que nous tentons de répondre : quelles sont les ressources pour soutenir l'action des encadrants en santé au travail ? Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyée sur le postulat de Detchessahar (2013) : les espaces de discussion offrent la possibilité de prévenir les risques psychosociaux. Nous avons eu l'ambition de rajouter que la mise en discussion des ressources psychosociales (Clot, 2008) du métier offre la possibilité d'un développement de la santé.

Pour travailler notre objet de recherche, nous devions donc sortir du laboratoire, terrain de la recherche fondamentale, et suivre le chemin tracé par des précurseurs tels que Lewin, Tosquelles, et tant d'autres après eux, qui ont permis de modéliser un outil de recherche de terrain : la recherch- action. Cette méthode a été mise en doute dans les années 1970 par le milieu universitaire en posant la question de la position du chercheur qui devenait acteur dans une situation qu'il étudie pour produire des connaissances « scientifiquement valables ». Pourtant, cette méthodologie va nous permettre de prendre en compte la complexité d'un système de relations sociales dans un milieu professionnel sans nier toutes les difficultés et les biais de la validité de nos résultats. Cette démarche a montré qu'elle atteignait « les finalités qui caractérisent une recherche fondamentale : découvrir des réalités cachées en définissant des concepts nouveaux, mettre en évidence des déterminants non encore identifiés, réfuter des théories existantes » (Liu, 1997, p.349).

Phase d'élaboration de la recherche-action

La recherche-action se caractérise tout d'abord par une nouvelle manière de formuler les problèmes. Elle est utile lorsque nous ne sommes pas confrontée à des problèmes théoriques ou strictement techniques mais lorsque la problématique touche « des problèmes concrets liés à une situation, qui se manifestent par des symptômes » (Liu, 1997, p.69). Une recherche-action c'est d'abord une rencontre entre une problématique de terrain vécue comme conflictuelle par des acteurs et des chercheurs intéressés par cette problématique. La recherche-action impose donc une coopération entre un ou des chercheur(s) et une ou des personne(s) directement concernées par la problématique et les hypothèses de recherche. Elle demande une démarche négociée où les intérêts de chacun sont clairement définis et dans un même temps suffisamment de souplesse pour s'adapter à l'évolution des problèmes (mais aussi l'apparition et la disparition de certains) en cours d'intervention. La négociation d'une recherche action passe par des objectifs de résolution de problèmes préalablement discutés, partagés et validés par les deux « parties » : chercheurs et personnes directement concernées par la problématique. Aussi, nous pouvons dire que la recherche action est « un processus de changement négocié » (Liu, 1997, p. 68). En recherche-action, tout est discuté : de la problématique aux objectifs à la recherche de solutions. Pour accepter une recherche-action, les acteurs de terrain doivent être intéressés par les solutions qui vont en découler. Elle demande l'engagement voire son élaboration avec les acteurs qui doivent la mettre en place. La démarche participative et discutée rend cette méthode cohérente avec ce que nous souhaitons valider : le management par la discussion. Cet outil de recherche respecte un de nos objectifs : la production de connaissances utiles aux personnes qui seront impliquées dans le processus. Cette caractéristique de la recherche-action renforce la nécessité d'une participation des personnes dans le processus de la recherche.

Dans la manière de formuler les problèmes qui intéressent, il nous est impossible de les imaginer statiques. Nous avons vu que la problématique des risques psychosociaux a évolué ces dix dernières années (tant dans les représentations que dans les situations mises en évidence par les médias). Aussi, nous avons conscience que la production de connaissances par la recherche action n'est pas figée. « La recherche-action est une démarche de recherche fondamentale dans les sciences de l'homme qui naît de la rencontre entre une volonté de changement et une intention de recherche. Elle poursuit un objectif dual qui consiste à réussir un projet de changement délibéré et ce faisant contribuer à l'avancement des connaissances

fondamentales dans les sciences de l'Homme. Elle s'appuie sur un travail conjoint entre toutes les personnes concernées. Elle se développe au sein d'un cadre éthique négocié et accepté par tous. » (Liu, 1997, p.87).

Contexte et origine du projet de recherche-action

Notre terrain de recherche-action s'est déroulé dans un Centre Hospitalier de la Fonction Publique situé en province. Nous connaissions cet établissement pour avoir mis en place plusieurs actions de prévention des Risques Psychosociaux dans le cadre d'un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), projet financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Quatre établissements de santé de la même région s'étaient regroupés pour mutualiser les moyens. La volonté était de mutualiser des moyens d'intervention (psychologues du travail, assistant social) et d'échanger sur les pratiques respectives dans un domaine qu'ils n'avaient pas abordé auparavant. Il s'agissait, pour eux, de créer une dynamique partagée entre les différents établissements. La spécificité et l'intérêt particulier de ce CLACT qui s'est déroulé de 2011 à 2013 reposent sur le fait que les trois niveaux de prévention des Risques Psychosociaux ont été abordés :

- Prévention tertiaire : accompagnement les agents qui rencontrent des problématiques de santé au travail : recrutement de psychologues du travail, mise en place d'un dispositif de concertation entre professionnels administratifs et médico-sociaux.
- Prévention secondaire : sensibilisation et formation des directions, de l'encadrement, des membres des CHSCT dans le but de partager une même approche. Un plan de formation d'envergure pluri-annuel a été établi. L'ensemble de l'encadrement a été formé sur la clarification des notions de risques psychosociaux, stress, harcèlement, épuisement professionnel ainsi que sur des grilles de lecture pour repérer les processus pouvant conduire aux risques (l'objectif était de modifier leurs représentations et de passer de l'approche individuelle à une approche collective et organisationnelle). Un colloque a été organisé fin 2012 sur le thème « La santé au travail à l'Hôpital : pourquoi en parler ? ».
- Prévention primaire : il s'agissait d'identifier les risques. Un diagnostic quantitatif à partir d'un questionnaire a permis à chaque établissement d'élaborer un plan d'action afin de pérenniser la démarche de prévention de la santé au (et du) travail engagée.

Ce travail réalisé dans le cadre de ce CLACT a permis de conforter un des établissements dans sa démarche de prévention. Une évaluation du dispositif menée en coopération avec un groupe de travail de l'Agence National d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et l'Université Laval de Québec a mis en évidence un changement et un partage des représentations des notions de risques psychosociaux, bien-être au travail, qualité de vie au travail entre la direction et les partenaires sociaux. Une volonté partagée s'est dégagée sur la suite de ce dispositif de prévention. Le terme de « risques psychosociaux » a été abandonné au profit de la « Qualité de Vie au Travail ».

En 2012 et 2013, nous avons fait partie des « moyens » mutualisés en tant que responsable du projet global et intervenante pour un certain nombre d'actions dont la formation sur les risques psychosociaux de différents acteurs : membres de la direction dont les ressources humaines, encadrement des soins et techniques, partenaires sociaux et professionnels en santé au travail (médecins du travail, psychologue du travail et assistant social).

En 2013, l'établissement porteur du projet de prévention des risques psychosociaux s'est trouvé confronté à la nécessité d'un retour à l'équilibre budgétaire sur son secteur gériatrique. Nous avons été sollicitée pour accompagner cet établissement dans ce changement organisationnel et structurel avec pour objectif stratégique de préserver la santé des salariés dans ce contexte de restructuration. Nous avons négocié de compléter cet objectif par un accompagnement de l'encadrement avec l'intention d'étendre les compétences de ces acteurs en santé au travail auprès de leurs équipes. Nous avons également convenu, avec l'ensemble des acteurs institutionnels de cet établissement de réaliser cette action dans le cadre d'une recherche-action, terrain de recherche de notre travail de thèse. Nous appelons « acteurs institutionnels » les acteurs directement concernés par la prévention de la santé au travail dans le cadre de leurs missions institutionnelles : les directeurs des ressources humaines (et leurs adjoints en charge du personnel), les membres des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ainsi que les professionnels médico-sociaux (médecins du travail, psychologues du travail, assistants sociaux, infirmiers du travail).

Ces actions visant la prévention de la santé au travail des agents répondent à des enjeux économiques. Les établissements de santé ont connu ces dernières décennies de nombreuses réformes. Elles imposent à l'hôpital une maîtrise des ressources utilisées par les établissements de santé dans un contexte plus général de contingentement fort des dépenses publiques. Aujourd'hui, de nombreux établissements sont contraints de mettre en place avec les autorités

de tutelle comme l'ARS (Agence Régionale de Santé) des contrats de retour à l'équilibre financier.

Notre terrain de recherche se trouvait confronté à ces enjeux économiques et politiques. Au cours de l'année 2012, le secteur gériatrique de l'établissement de santé porteur du projet CLACT a été confronté à d'importantes difficultés financières. Elles ont imposé une réorganisation et une diminution des dépenses, notamment de personnel. Cette réorganisation a été préparée au cours de cette année par l'encadrement de ce secteur (directrice des soins, cadre supérieur et cadres de santé). Des groupes de travail ont mis à plat les organisations et les différents métiers du secteur gériatrique pour poser de nouvelles organisations du travail qui se sont mises en place en janvier 2013. La Direction de cet établissement de santé a plaidé pour obtenir de nouveaux financements pour cette action spécifique sur le secteur gériatrique en complément du CLACT :

- Les difficultés financières ont imposé une réorganisation et une diminution des dépenses, notamment de personnel.
- L'absentéisme du personnel établit depuis de nombreuses années à un taux élevé (plus de 12 % pour motif médical) reflétant en cela des difficultés que l'établissement a reconnu n'avoir pas résolues jusqu'alors.
- Une remise à plat de l'organisation soignante a été réalisée et le projet prévoit une gestion différente de l'absentéisme (mise en place d'un pôle avec du personnel dédié et auto-remplacement du personnel si ce pôle ne suffit pas à la gestion des absences) et des processus de réaffectation d'agents entre les différentes unités. La nouvelle organisation s'est strictement centrée sur les métiers afin de supprimer les glissements de tâches qui existent depuis de nombreuses années entre catégories professionnelles (avec le risque qui s'est avéré de bloquer les coopérations professionnelles). Une fonction nouvelle d'agents hôteliers a été mise en place. Des agents ont été affectés à un service en dehors de la filière soignante : le service de bio-nettoyage (avec la problématique pour le personnel de se côtoyer sur les mêmes lieux géographiques, mais de ne plus appartenir au même service et à la même hiérarchie).
- Un renouvellement du personnel s'est opéré naturellement avec des départs en retraite. La coexistence de diverses générations de personnels est posée comme problématique par les directions.
- Le secteur gériatrique est confronté à un important turn-over de l'encadrement de proximité. Sur 7 postes de cadres soignants, la restructuration s'est mise en place avec

2 nouvelles affectations de faisant fonction (infirmières nommées cadres sans avoir suivies l'école des cadres) et 3 cadres de moins de deux ans d'ancienneté.

Toutes ces considérations ont amenées la direction à faire le choix d'engager dans le long terme une démarche participative afin de préserver, voire d'améliorer la « Qualité de Vie au Travail ». Cette intervention va durer deux ans, de janvier 2013 à janvier 2015.

Présentation de la population concernée par la recherche-action

Notre intervention se situe au sein d'un établissement public de santé de 715 lits et places se répartissant en trois secteurs d'activité :

- Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) : 220 lits et places
- Soins de Suite Rééducation (SSR) : 92 lits et places
- Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : 403 lits et places. Seul l'EHPAD a été concerné par notre action, soit 210 professionnels. Il représente le secteur le plus important de l'établissement de santé en termes de lits et places.

Le centre hospitalier compte 1 092 salariés permanents au début de l'intervention avec 95 médecins (tous ne sont pas salariés de l'établissement), 779 soignants et 218 administratifs, techniques et logistiques. Seul le personnel de l'EHPAD a été directement impliqué dans la recherche-action.

Les cycles d'activité de la recherche action

Une recherche-action est un processus ouvert et comme tout processus, il possède une structure temporelle. Ainsi, une recherche action est d'abord une rencontre entre des chercheurs et des acteurs de terrain réunis autour d'une même problématique. Ce processus va demander un commencement, un développement et une fin. En cela, la recherche-action se rapproche de la conduite de projet. Ainsi, nous pouvons considérer trois phases dans la recherche action :

- Phase initiale : Le commencement du projet qui va nécessiter une négociation sur la faisabilité, les objectifs partagés, la mise en place de l'intervention ;

- Phase de réalisation : La réalisation qui va concerner les actions mis en places (ou activités) pour permettre le déroulement du projet et l'élaboration des connaissances. Cette phase peut connaître plusieurs cycles d'activités ; nous verrons que c'est le cas dans notre recherche.
- Phase d'évaluation : La phase finale de la recherche-action qui va concerner l'évaluation de ce qu'a produit la recherche action. Dans notre étude, l'évaluation des actions mises en place sur la santé des équipes.

La recherche-action, comme d'autres démarches de recherche collaboratives ou participatives, implique un partenariat qui sous-tend l'activité de recherche et l'activité d'intervention. Le terme de « partenariat » nous semble convenir pour expliquer la co-construction de nos activités de recherche et d'action. Il porte en lui la philosophie de recherche que nous avons souhaité instaurer et incarner dans l'action. Toutefois, il fait naître de nombreuses questions : le chercheur/intervenant n'est plus perçu comme une personne neutre qui évolue de manière indépendante par rapport au contexte. Plusieurs questions se posent sur la construction de l'intervention elle-même de recherche comme d'action : quel type de relation doit-on développer avec les acteurs impliqués dans le partenariat de la recherche et de l'action ? Quelle distance doit-on conserver par rapport à eux ? Mais aussi, quelles sont les proximités à co-construire ? Le partenariat impose la réciprocité des dons et contre dons (Mauss, 1924). En tant que chercheure/intervenante, nous souhaitions apporter un apprentissage suivi d'une transformation des pratiques pour un développement de la santé au travail. Mais nous étions consciente, dès le début de l'intervention en recherche-action que nos pratiques d'intervenante en santé au travail s'en trouveraient modifiées.

Il nous fallait donc construire un cadre d'intervention à la fois solide et sécurisant pour l'ensemble des partenaires, mais suffisamment souple pour se laisser transformer et ajuster. Liu (1997) nous rappelle que la recherche-action se définit par le fait qu'elle devait se dérouler au sein « d'un cadre de référence partagé ». Aussi, toute la phase initiale de notre intervention a consisté à construire ce cadre. La recherche-action est une expérimentation en vie réelle qui implique des « partenaires » qui nous demandent de manière implicite et explicite de tenir compte de leurs enjeux dans le contexte professionnel où ils se trouvent. Aussi, le cadre posé est également un cadre éthique qui se veut respectueux de chacun et de tous, tout en les engageant dans une co responsabilité. Pour cela, notre cadre s'inscrit dans le respect de

l'autonomie des personnes et organise les voies participatives de l'accompagnement au changement.

La phase initiale de notre intervention se caractérise par la mise en place de différents espaces de discussion sur cette intervention de recherche et d'action. Nos objectifs ont été solidement ancrés et n'ont pas varié au cours des deux années d'intervention à l'EHPAD. Nous avons deux types de partenaires : des acteurs de terrain qui ont été directement concernés par l'intervention et des acteurs intervenants/chercheurs. Les partenaires « terrain » sont tout d'abord nos commanditaires, porteurs des enjeux de l'établissement : les membres de la direction (directrice de l'hôpital, directeur des ressources humaines, directrice des soins, directrice de la logistique, médecin coordinateur de l'EHPAD), mais également les partenaires sociaux notamment les membres du CHSCT et les professionnels de la santé, salariés du centre hospitalier (médecin du travail, psychologue du travail et assistant social). Nous nommerons ces acteurs, les acteurs institutionnels. Un deuxième type d'acteurs sont les personnes directement concernées par le changement organisationnel et l'intervention. Nous avions d'une part les équipes travaillant auprès des résidents de l'EHPAD et composées de différents métiers (aides-soignants, agents d'entretien, infirmiers, agents hôteliers). Et, d'autre part, nous intervenions auprès des cadres de l'EHPAD (cadres soignants, cadre supérieure de santé, cadres techniques). Nous avions auprès d'eux un double partenariat : nous intervenions auprès de leurs équipes, par leur intermédiaire et nous avions des actions prévues directement auprès d'eux. Une autre catégorie d'acteurs était concernée dans cette recherche-action : les médecins intervenant à l'EHPAD (et salariés du centre hospitalier).

Pour réaliser cette intervention, nous avons été trois intervenantes : deux d'entre nous sont psychologues du travail, diplômées par l'Université et une psychosociologue, diplômée par une Université québécoise. Afin de conserver une « juste distance » dans ce partenariat, nous avons fait entrer un tiers qui nous garantissait une certaine neutralité et un espace transitionnel où le déroulement de l'intervention pouvait être discuté : deux acteurs universitaires.

Pour analyser les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail, nous avons mis en place différents espaces de discussion. L'un d'entre eux a concerné la discussion de l'intervention elle-même et elle a été formalisée par un comité de pilotage. Les directives de l'ANACT et de l'INRS sont claires : lorsque les questions de santé au travail sont un enjeu, la direction et les membres de CHSCT doivent se constituer en comité de pilotage afin d'être

garante des règles pour la mise en œuvre du projet (Sahler et coll., 2007). La présence des professionnels de santé est également fortement conseillée. Nous avons souhaité renforcer ce comité de pilotage par les acteurs directement concernés par le changement organisationnel. Ainsi, nous avons intégré l'ensemble des cadres et des représentants de chaque métier. Vingt et un acteurs internes ont composés le comité de pilotage. Il a été animé par les trois intervenantes « chercheurs acteurs » et, sauf pour la première rencontre, la communauté scientifique représentée par deux chercheurs a été présente. Les espaces de discussion ouverts avec les membres du comité de pilotage devaient nous permettre d'organiser la concertation sur le dispositif proposé puis mis en place. Cet échange devait permettre de structurer la démarche d'action et se conclure sur un accord sur la suite de l'intervention.

Quatre réunions du comité de pilotage ont été instaurées aux moments clés de l'intervention dont une au démarrage de l'action et une dernière pour la synthèse. Toutes les réunions (sauf la première) ont été enregistrées et retranscrites.

Des espaces de discussion ont été mis en place à destination de l'ensemble du personnel de l'EHPAD sur la base du volontariat. Au démarrage de l'action, afin de recueillir l'accord et préparer l'engagement des équipes dans les activités de l'intervention, nous avons réalisé une phase d'observation des métiers dans différentes équipes de l'EHPAD. Ces temps d'observation nous ont permis non seulement des échanges sur le travail avec les professionnels, mais aussi un contact direct avec certains de leurs objets de travail : la vieillesse, les plaies, la démence, les excréments. Nous pensons que la qualité de notre écoute s'est renforcée par ce partage de leur travail lors de la suite de l'intervention.

Cette phase d'observation a été suivie d'une présentation à l'ensemble du personnel lors des temps de relève. En effet, comme dans un hôpital, les équipes de l'EHPAD se réunissent lors du changement de poste matin/après-midi. Lors de cette réunion, les professionnels se transmettent des informations concernant les résidents. Nous avons présenté la démarche sur une vingtaine de minutes et répondu aux questions plus nombreuses que lors de la présentation générale avec la direction. Le journal interne de l'établissement a également publié un article présentant la démarche (objectifs et déroulement).

Pour conduire cette recherche-action, l'engagement des cadres était essentiel. En effet, ils étaient nos partenaires privilégiés pour accéder aux agents, favoriser le déploiement de l'action auprès des équipes. De plus, ils étaient directement concernés par les objectifs de la démarche,

dont celui de développer des compétences pour être acteurs de la santé de leurs équipes. Pour les impliquer, nous avons prévu des temps formels (deux réunions, dont une avec leur directrice des soins) et des temps informels (discussion lors de temps de pause dans leur bureau lorsque nous passions dans leurs services).

Cette organisation transitoire de la recherche action nous a permis de poser certaines conditions de communication avec nos acteurs internes à l'établissement (Liu, 1997) :

- La clarté des objectifs de la recherche-action

Nous avons partagé différentes dimensions de cette intervention : susciter un changement, comprendre ce changement, mais aussi et surtout, « être l'occasion d'un apprentissage pour tous, en vue de l'obtention par chacun d'une meilleure capacité à résoudre les difficultés qui surgiront ultérieurement et contribuer à apporter des connaissances ayant une portée dépassant le terrain. » (ibidem, p.173)

- La clarté du rôle des chercheurs

Dans le processus d'apprentissage que nous avons mis en place, il était essentiel que les acteurs internes comprennent les différents rôles des chercheurs ainsi que le rôle des différentes instances. Nous avons des espaces d'apprentissage et d'expérimentation sur le terrain qui se sont caractérisés par des cycles d'activités que nous allons présenter, et enfin, nous avions des espaces de réflexivité (réunions de comité de pilotage) où des connaissances partagées étaient élaborées.

- L'importance de la participation des acteurs internes

Dès cette phase transitoire, nous avons affirmé la philosophie de la recherche-action orientée vers la participation. L'organisation matérielle des temps de présentation a rendu possible l'engagement des acteurs. Celle-ci s'est déroulée sur la base du volontariat respectant ainsi le libre arbitre de chacun. Elle a également été multi forme et flexible puisque plusieurs actions ont permis aux acteurs de terrain de s'informer de l'intervention (communication orale lors de réunions hors et dans le service, communication écrite dans le journal d'entreprise). Lors du premier comité de pilotage, la direction s'est également fortement positionnée pour une participation de tous.

Au-delà de la notion de rôle, c'est également une posture de chercheure/intervenante qui s'est construite sur cette phase initiale. En effet, nous avons manifesté dès le début de l'intervention une position d'expert-naïf. Au cours de l'intervention, notre détermination dans la poursuite de nos objectifs et notre capacité à proposer des processus d'apprentissage n'a jamais failli. Par

contre, nous avons manifesté, à chaque étape de l'intervention notre naïveté dans les processus d'organisation propre à l'activité de l'EHPAD.

Dans ce contexte de changement organisationnel, la recherche-action ne vise pas seulement à réussir un changement mais à créer un processus d'apprentissage à travers lequel des expérimentations seront menées et des connaissances produites. La confiance acquise auprès des acteurs internes du centre hospitalier lors du pilotage des actions de prévention des risques psychosociaux nous a donné la liberté de choisir les modes de résolution après avoir défini la problématique liée au changement avec eux. Ainsi, face au changement organisationnel qui visait des transformations de métiers, de nouvelles prescriptions donc de compétences des agents, la problématique partagée se situait sur la prévention de la santé au travail dans un contexte de changement organisationnel. Nos discussions et le niveau de maturité acquis par cet établissement lors du déroulement de la démarche sur les risques psychosociaux ont permis de choisir des solutions du côté de « prendre soin du travail » et, à partir du travail, prendre soin des agents. Le travail devenait un « outil médiateur » de la santé dans la construction de nos modes de résolution.

Au démarrage de la recherche-action, nous avions prévu deux cycles d'activité. Cette intervention étant co-construite avec nos acteurs terrain, la deuxième réunion de comité de pilotage située après le premier cycle d'activité a fait émerger la nécessité de mettre en place un cycle d'activité intermédiaire. Ainsi, trois cycles d'activité se sont succédés :

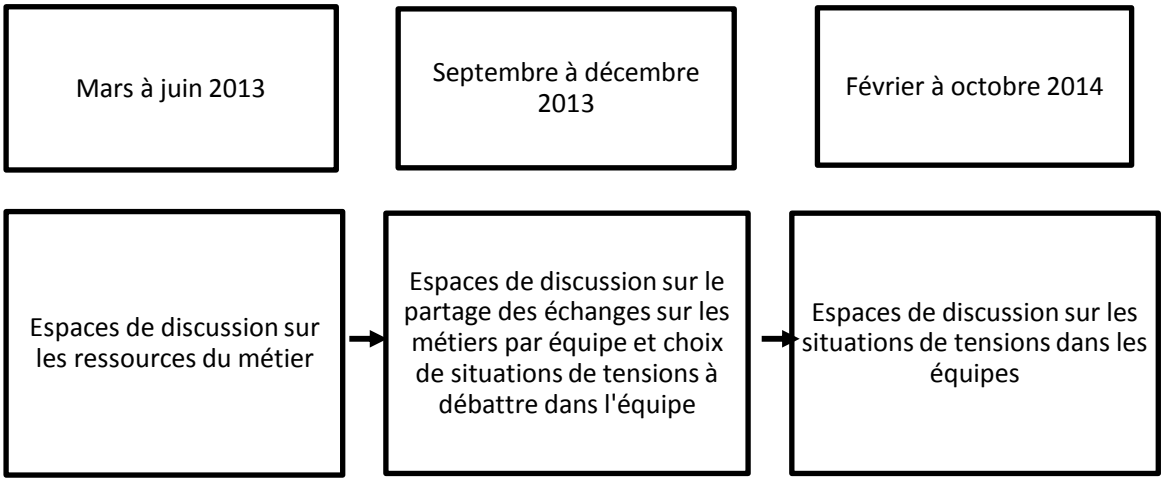


Figure 3 : Cycle d'activité de l'intervention en recherche-action

La phase d'intervention a duré 18 mois (de mars 2013 à octobre 2014). La recherche action a eu une phase finale. Celle-ci s'est terminée par un comité de pilotage qui a clôt l'intervention par la présentation d'une synthèse par les intervenantes et une évaluation collective de la recherche-action. Il a également été décidé de la communication auprès des équipes : la synthèse finale serait présentée par les cadres lors d'une réunion d'équipe.

Méthodologie d'analyse des données

La recherche-action est un processus vivant. La méthodologie d'analyse des données nous a confrontée à des difficultés. « Le discours déconnecté de l'acte ou inversement articulé à celui-ci n'induit pas la même réflexion : l'une est générale, articulée aux systèmes de représentations, l'autre est située, contextualisée et inscrite dans une dynamique temporelle. Cette conception de la clinique s'inscrit dans la tradition de la recherche-action que la formule d'Y. Clot (2001), à partir d'autres « héritages », résume justement : « comprendre pour transformer et transformer pour comprendre ». On y retrouve ce double projet de connaissance et de changement, une production de savoir enraciné dans la pratique qui suppose l'engagement dans une relation avec des sujets autour d'un projet commun. « Un projet qui répond à la fois aux préoccupations pratiques d'acteurs se trouvant en situation problématique et au développement des sciences

sociales par une collaboration qui les relie selon un schéma éthique mutuellement acceptable (Rapoport, 1973). Le processus de production de connaissances et la contribution qu'en retirent les sujets sont deux effets mutuellement dépendants de la recherche-action. Ce qui suppose de remettre en cause la division du travail instituée entre cliniciens-chercheurs et acteurs, division fondée sur le clivage entre théorie et pratique. En clinique du travail, le savoir (construit) est inséparable de l'expérience où il a émergé, ainsi que des effets qu'il produit sur la réalité. Le savoir, a fortiori le savoir sur les pratiques, est indissociable des conditions de son émergence. » (Lhuilier, 2006, p. 182-183). Le processus de la recherche-action (objectifs duals mais surtout la co-élaboration avec les acteurs du terrain et la confrontation aux événements non prévus) nous a placée dans la situation particulièrement inconfortable de ne pas maîtriser et contrôler notre objet de recherche.

Notre recueil de données a été systématique au cours de la recherche-action. Différentes méthodes ont été utilisées :

- L'enregistrement et la retranscription de l'ensemble des comités de pilotage (soit 4 réunions de 3 heures environ).
- La prise de note lors de l'animation des espaces de discussion. Nous avons cherché à reproduire un maximum de verbatim au cours des échanges.
- La production des équipes a été gardée. En effet, lors de certains espaces de discussion nous avons utilisé des méthodologies qui ont demandé aux groupes de produire collectivement un document. Ces supports ont constitué un matériel de recherche.
- Un journal de bord nous a accompagné au cours de la recherche-action. Des notes ont été retranscrites lors de chaque rencontre avec les acteurs du terrain mais également lors des réunions internes entre chercheurs acteurs.

Ces matériaux de recherche n'ont pas été exploités de la même manière.

- La retranscription des réunions de comité de pilotage a fait l'objet d'un découpage thématique.
- Le matériel issu des espaces de discussion auprès des équipes et des encadrants a fait l'objet d'une analyse des données issue de la théorie ancrée.
- Les supports produits par les équipes ainsi que le journal de bord nous ont servi pour venir compléter des analyses. Ils n'ont pas fait l'objet d'une exploitation systématique.

L'évaluation des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

D'autres matériaux sont venus compléter ces données. Nous avions l'intention de vérifier si les processus mis en œuvre dans la recherche-action avaient produit de la santé pour les équipes. Aussi, nous avons utilisé une méthode quantitative sur la base d'un questionnaire. Lors du démarrage de l'intervention, nous avons proposé aux équipes un questionnaire issu d'un groupe de travail mandaté par le ministère de la Santé. Ce questionnaire avait vocation à évaluer les risques psychosociaux dans l'ensemble des établissements de santé privés et publics. Une directive ministérielle avait été publiée fin 2012 demandant à l'ensemble des établissements d'utiliser ce questionnaire pour une évaluation avant fin 2015. Aussi, nous avons utilisé cet outil qui n'a pas connu de suite au niveau national. Ce questionnaire est présenté en annexe 6. Nous l'avons représenté aux équipes en juillet 2014, soit 18 mois après le début de l'intervention.

L'exploitation de nos données

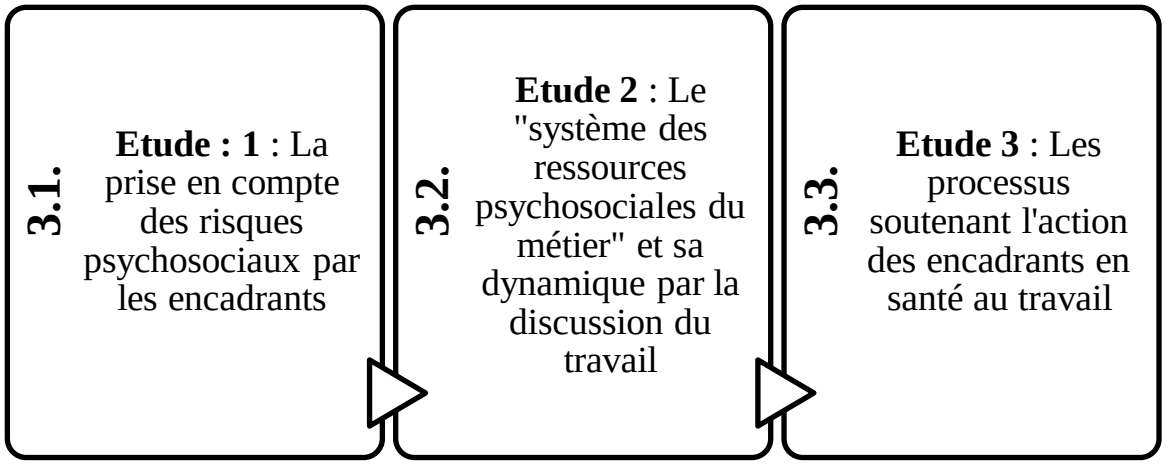
Ces données nous ont permis d'évaluer la recherche-action que nous avons mise en œuvre. Nous entendons par « évaluer » une double démarche : celle de contrôler et ensuite celle d'analyser. « Contrôler consiste à constater une situation, par exemple la conformité ou l'écart entre un objectif et un résultat (…). Au contraire, analyser est une pratique qualitative qui cherche en fait à expliquer ou commenter les raisons et les causes des constats produits par le contrôle. De ce fait, elle sollicite l'expression des systèmes de valeurs. (…) Concrètement, cette évaluation s'intéresse à deux familles d'informations : des informations sur le process : ses quantités, sa qualité ; des informations sur les résultats.». (Carré & Caspar, 1999, p. 375).

Nous avons utilisé la grille d'évaluation de ces auteurs pour construire une grille d'indicateurs.

		Contrôler	Analyser
PROCESS	**Quantité**	. qualifier les réalisations : les activités réalisées . constater les écarts entre les actions prévues et les actions réalisées	. repérer les causes pour lesquelles les actions réalisées n'ont pas été conformes à ce qui était prévu au départ
	Qualité	. mesurer l'engagement des acteurs dans les cycles d'activité proposés dans la recherche-action	.repérer les processus qui peuvent expliquer les résistances à l'engagement . repérer les processus qui ont pu permettre de dépasser ces résistances . repérer les limites à l'engagement dans les actions
RÉSULTATS	**Quantité**	. mesurer si les ressources psychosociales ont évolué entre le début et la fin de la recherche action	. recueillir des indicateurs sur les ressources psychosociales du métier
	Qualité	. identifier et mesurer les évolutions des représentations des acteurs sur leurs acquis	. analyser et expliquer l'évolution des représentations

Tableau 8 : Évaluation de la recherche action d'après Carré et Caspar (1999)

3. PARTIE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS



L'état de la littérature nous a permis de poser plusieurs postulats que nous cherchons à valider dans notre démarche de recherche :

- La notion de risques psychosociaux n'est pas opérante pour construire des liens entre la santé des salariés et l'action des encadrants.
- Le concept psychologique du métier (Clot, 2008) permet d'identifier des ressources psychosociales. Les encadrants ont des marges d'action pour les développer. Nous proposons un Système des Ressources Psychosociales du Métier dynamisé par un management par la discussion du travail (Detchessahar, 2013).
- Le Système des Ressources Psychosociales est opérant pour élaborer des connaissances sur les liens entre l'action des encadrants et la santé des équipes. Il permet également d'élaborer des processus d'intervention soutenant l'action des encadrants.

Pour valider ces hypothèses, trois études se sont construites empiriquement. Elles se sont déroulées dans le cadre de nos interventions professionnelles en prévention des risques psychosociaux.

Étude 1 : Analyse des situations perçues par les encadrants comme des situations de risques psychosociaux et analyse de leurs ressources formatives et sociales pour les résoudre ou les prévenir.

Notre première hypothèse concerne l'opérationnalité de la notion de risques psychosociaux. L'état de la littérature nous a conduite à émettre l'hypothèse que cette notion n'est pas opérante pour établir des liens entre les actions des encadrants et la santé au travail. Nous souhaitons démontrer cet axiome en analysant les situations perçues par les encadrants comme des situations de risques psychosociaux. Nous validerons ainsi :

- la définition floue de cette notion,
- l'individualisation des problématiques de risques psychosociaux,
- ces situations peuvent être perçues comme une fatalité et ainsi bloquer l'action des encadrants en santé au travail.

Pour démontrer que la notion de risques psychosociaux n'est pas opérante, nous avons établi un questionnaire afin d'établir un diagnostic sur la fréquence de l'exposition des encadrants à des situations perçues comme des risques psychosociaux. Ces situations peuvent être

catégorisées par type de situations (INRS, 2010). Nous pouvons valider que les encadrants rencontrent des situations de risques psychosociaux. Par contre, ce ne sont pas les situations les plus médiatisées qui sont les plus fréquentes (suicides, harcèlements au travail), mais des difficultés, au quotidien, dans le management de leur équipe.

Étude 2 : Élaboration d'un Système des Ressources Psychosociales du Métier d'après le concept psychologique du métier de Clot (2008).

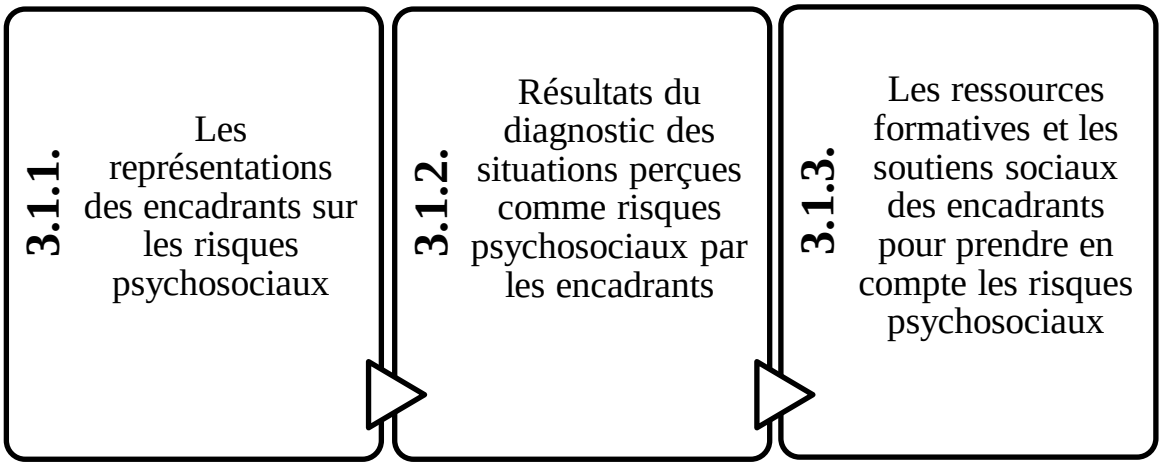
Notre deuxième hypothèse estime que le concept psychologique du métier décrit par Clot (2008) est opérant pour comprendre des liens entre la santé et l'action des encadrants. Nous partons du postulat que les quatre instances du métier nous permettent d'articuler les ressources du métier et que celles-ci sont dynamisées par la discussion du travail. Pour valider ces hypothèses qui nous permettront de proposer un Système des Ressources Psychosociales du Métier, nous avons proposé des espaces de discussion à destination de groupes d'encadrants en situation de formation sur la prévention des risques psychosociaux. Nous avons recueilli leurs représentations sur leurs capacités d'action en santé au travail. L'analyse de nos matériaux de recherche nous permet de constater que les encadrants sont capables de se représenter des marges d'action en santé au travail. Ces marges d'action peuvent être classées comme des moyens d'action pour dynamiser les quatre instances du métier. La discussion du travail met en dynamique le métier des équipes. Le concept psychologique du métier peut être envisagé comme un Système des Ressources Psychosociale du métier, dynamisé par la discussion du travail par les encadrants (Detchessahar, 2013).

Étude 3 : L'opérationnalité du Système des Ressources Psychosociales du Métier dans l'élaboration de processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

Nous inscrivons notre recherche dans le courant de la Clinique de l'Activité. Outre la volonté de produire des connaissances sur les enjeux psychiques du travail, nous visons à apporter notre contribution dans l'action, dans nos interventions comme psychologue du travail et des organisations en santé du travail. Aussi, nous visons à tester l'opérationnalité du Système des Ressources Psychosociales en élaborant et analysant des processus d'intervention soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Une recherche-action dans le contexte d'un

Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes nous permet de tester un processus d'intervention élaboré à partir des connaissances acquises dans notre recherche sur la dynamique d'un système de ressources psychosociales du métier. L'analyse des processus nous permet d'analyser deux types de résistance et une limite au management par la discussion. L'analyse de nos matériaux issus de la recherche-action permet également de compléter la production de connaissances acquises lors des deux premières études.

3.1. ÉTUDE 1 : La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants



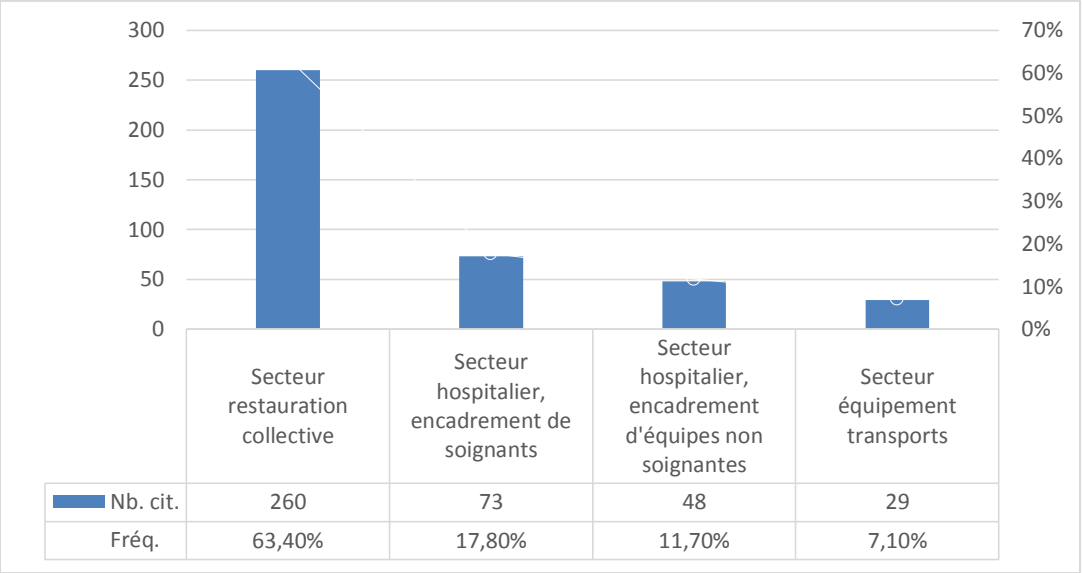
« Je fais du management de rue ; c'est-à-dire que je chope le gars à la sortie du boulot et je lui dis : maintenant ça suffit ou je t'en colle une. »

Encadrant de proximité dans le secteur de la restauration collective

Cette première partie concerne l'analyse des contraintes et des ressources des encadrants dans la prise en compte des risques psychosociaux. Notre objectif est de démontrer que la notion de risques psychosociaux n'est pas opérante pour l'action des encadrants en santé au travail. Au début de notre recherche, nous nous sommes interrogée sur la pertinence de notre sujet. En effet, il semblait généralement acquis que les encadrants rencontraient des situations à risques psychosociaux puisque les études sur la santé au travail démontraient la dégradation de la santé des salariés. Mais aucune étude, à notre connaissance, n'a répertorié les situations que les encadrants considéraient comme risques psychosociaux, leur fréquence d'exposition et les ressources formatives et sociales qui pouvaient les aider à gérer ou prévenir ces situations.

En 2010, dès le début de nos travaux, nous avons souhaité valider la pertinence de notre recherche. Nous avons commencé un travail exploratoire. Nous avons utilisé notre terrain d'intervention professionnelle pour noter les situations que les encadrants présentaient spontanément comme des situations à risques psychosociaux. Cette base de matériaux est présentée dans la première partie de ce chapitre. Elle a été recueillie auprès de 8 groupes d'encadrants de proximité du secteur de la restauration collective (soit environ 75 professionnels). Ce travail préparatoire nous a permis d'élaborer un questionnaire à partir des situations perçues comme risques psychosociaux, la fréquence d'exposition, les ressources formatives en management et les soutiens sociaux sollicités lors d'une exposition à ces situations par les encadrants.

Ce travail exploratoire s'est poursuivi sur la durée de la thèse. Il nous a conduit à réaliser un diagnostic auprès de 410 encadrants en situation de formation. Nous avons utilisé notre terrain d'intervention professionnelle pour noter les situations que les encadrants présentaient spontanément comme des situations à risques psychosociaux. Cette base de matériaux recueillie auprès de 8 groupes d'encadrants de proximité du secteur de la restauration collective (soit environ 75 professionnels), nous a permis d'élaborer un questionnaire à partir des situations perçues comme risques psychosociaux, la fréquence d'exposition, les ressources formatives en management et les soutiens sociaux sollicités lors d'une exposition à ces situations. Cette étude a été réalisée auprès d'encadrants de trois secteurs d'activité : la restauration collective, la fonction publique hospitalière et la logistique de transport.



	Secteur restauration collective	Secteur hospitalier, encadrement de soignants	Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	Secteur équipement transports
Nb. cit.	260	73	48	29
Fréq.	63,40%	17,80%	11,70%	7,10%

Tableau 9: Secteurs d'activité représentés dans l'échantillon étudié

Cette étude s'est réalisée dans trois secteurs d'activité :

- Le **secteur de la restauration collective** est majoritaire ; il représente **63 %** de la population totale de notre panel.
- Le **secteur de la fonction publique hospitalière** est représenté à hauteur de **30 %** ; nous avons distingué
    - les cadres d'équipes soignantes (17.8 %)
    - Les cadres d'équipes non soignantes : techniques, logistiques, secrétariat et accueil des patients (11.7 %)
- Le **secteur de la logistique de transport** est représenté à hauteur de **7 %**.

410 questionnaires ont été traités par logiciel Sphinx. Tous les participants à l'étude sont des encadrants d'équipes et en situation de formation.

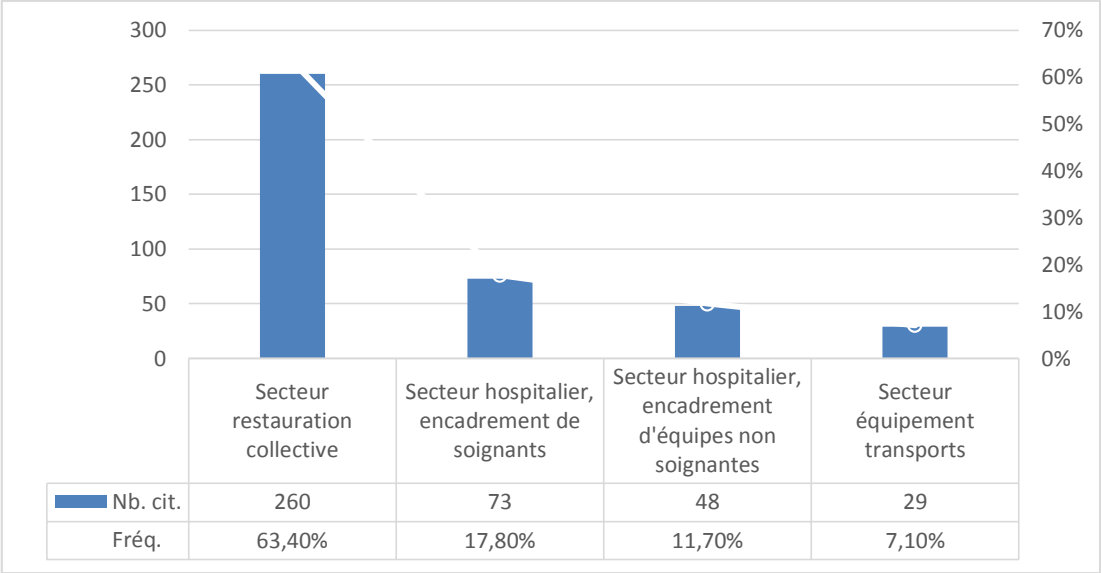


Tableau 10 : Niveau d'encadrement de l'échantillon

81 % de l'échantillon est en situation d'encadrement de proximité, c'est-à-dire le premier échelon de la hiérarchie d'une équipe. 10.7 % d'entre eux encadrent une équipe d'encadrants.

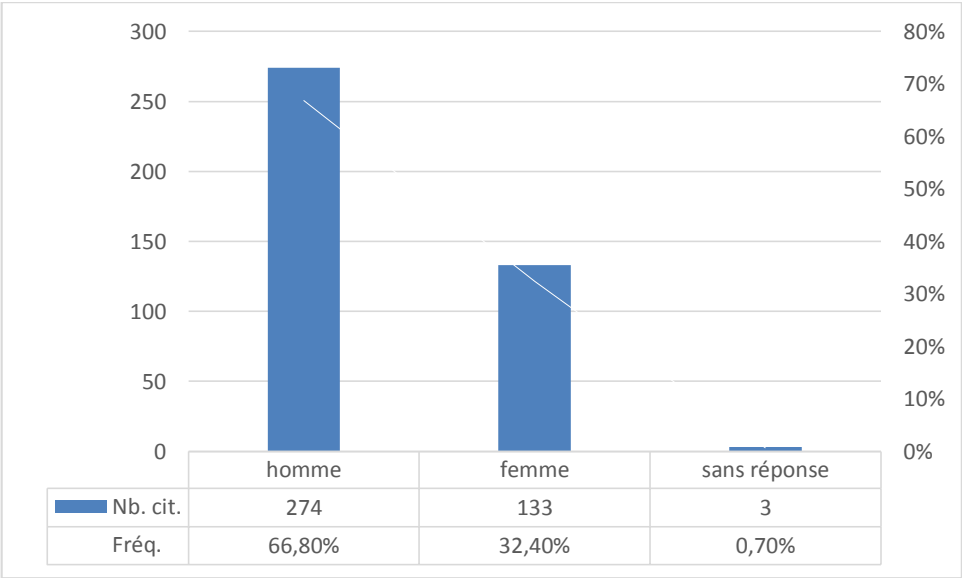
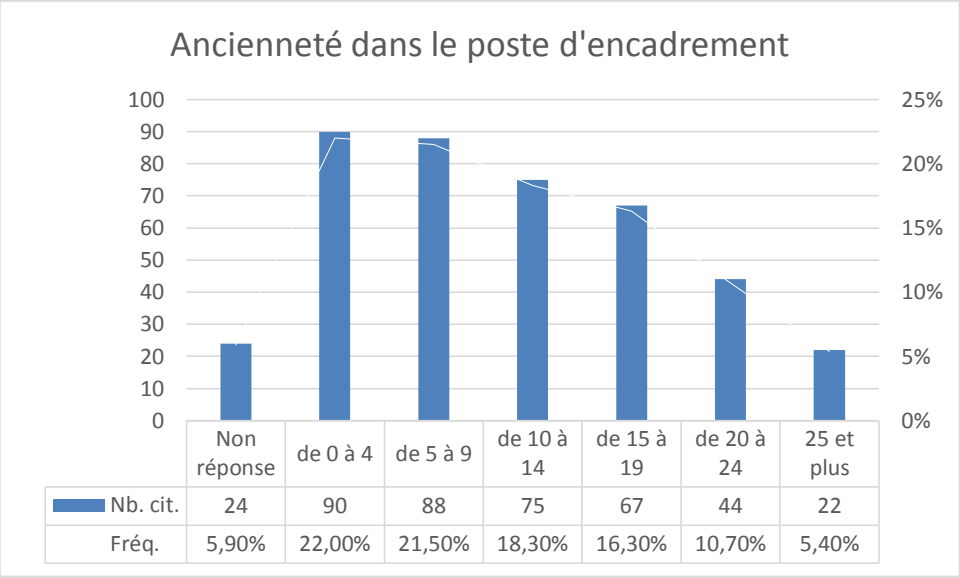


Tableau 11 : Genre de l'échantillon étudié

La majorité de notre échantillon est constitué par des hommes (66.9 %) et un tiers de l'échantillon représente des femmes encadrantes.

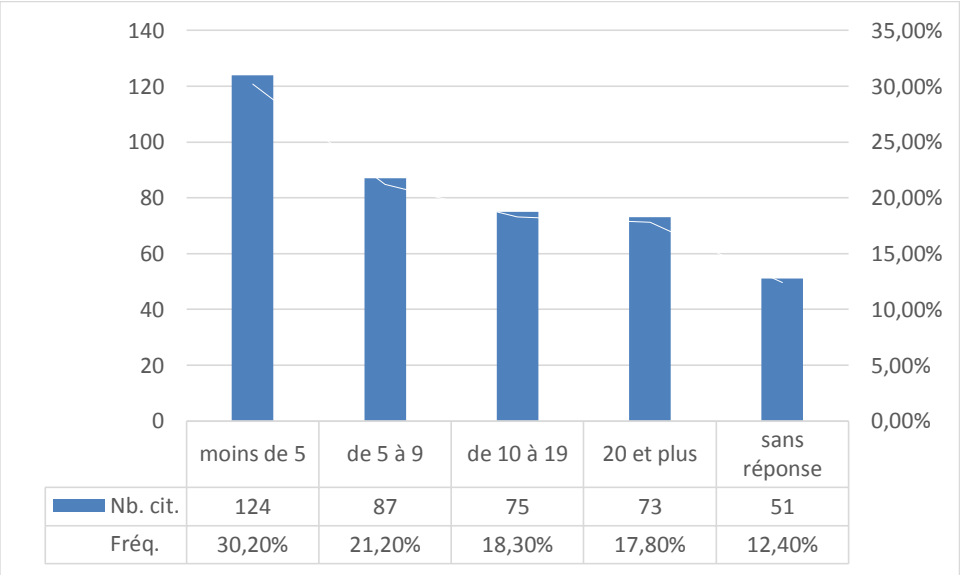
L'ancienneté dans le poste est relativement faible puisque 43.5 % des encadrants ont moins de 10 ans d'expérience dans la fonction.



	Non réponse	de 0 à 4	de 5 à 9	de 10 à 14	de 15 à 19	de 20 à 24	25 et plus
Nb. cit.	24	90	88	75	67	44	22
Fréq.	5,90%	22,00%	21,50%	18,30%	16,30%	10,70%	5,40%

Tableau 12 : Ancienneté de l'échantillon étudié

Enfin, la taille des équipes encadrées est assez faible puisque presque un tiers (30.2 %) des équipes ont moins de 5 salariés et plus de la moitié des équipes est de moins de 10 personnes (51.4 %).



	moins de 5	de 5 à 9	de 10 à 19	20 et plus	sans réponse
Nb. cit.	124	87	75	73	51
Fréq.	30,20%	21,20%	18,30%	17,80%	12,40%

Tableau 13 : Taille des équipes encadrées

Afin d'éviter des biais dans les réponses en fonction de l'approche de l'intervenant sur la prévention des risques psychosociaux, nous avons été seule à réaliser cette étude.

Nous proposons d'articuler l'analyse de nos matériaux de recherche en trois parties :

- La première partie propose une analyse des matériaux de base recueillis auprès des encadrants ; elle nous apporte des connaissances sur les représentations des encadrants concernant les risques psychosociaux et valide le flou de la notion ainsi que l'individualisation des problématiques.
- La deuxième partie propose une analyse des résultats du questionnaire ; la fréquence d'exposition aux différentes situations perçues comme risques psychosociaux par les encadrants sera présentée.
- La troisième partie explore les ressources formatives et les soutiens sociaux sollicités par les encadrants lors de l'exposition à ces situations perçues comme risques psychosociaux.

3.1.1. Les représentations des encadrants sur les risques psychosociaux

Lorsque nous avons élaboré notre questionnaire d'exploration afin de connaître les types de situations de risques psychosociaux rencontrées par les encadrants, le Collège d'Expertise sur les indicateurs de risques psychosociaux n'avait pas encore publié ses travaux (Gollac & Bodier, 2011). Il est possible que, si nous avions à réaliser un nouveau diagnostic sur les situations à risques psychosociaux rencontres par des encadrants, notre questionnaire serait très différent aujourd'hui. Les facteurs de risques psychosociaux établis par ce rapport nous serviraient de point de repère. Mais lors de la phase exploratoire de nos recherches, nous étions en 2010 et nous avons choisi de nous référer aux situations spontanément évoquées par les encadrants pour élaborer un questionnaire quantitatif. Aussi, dans la phase préparatoire, nous avons utilisé nos interventions en formations auprès d'encadrants sur la prévention des risques psychosociaux. Nous avons recueilli les situations que les encadrants percevaient comme étant porteuses de risques psychosociaux, alors même que nous n'avions pas commencé à clarifier cette notion ensemble. Nous avons mis en annexe 2 le recueil des situations perçues comme des risques psychosociaux par des encadrants.

Nous avons réalisé ce travail auprès de groupes d'encadrants du secteur de la restauration collective. Nous étions alors engagée dans un processus formatif sur la prévention des risques psychosociaux. Cette demande, émanant de la direction, faisait suite à des dépôts de plaintes pour harcèlement moral et sexuel ; certaines de ces plaintes avaient dépassé l'alerte auprès des représentants du personnel et/ou de la direction des ressources humaines et se traitaient sur le plan juridique. Cette étude préparatoire en vue d'élaborer un questionnaire s'est réalisée auprès de 8 groupes, soit environ 75 encadrants de proximité. Tous sont issus de la même entreprise du secteur de la restauration collective. Celle-ci compte environ 6 500 salariés en France. Elle couvre la restauration collective de trois segments d'activité : les entreprises (restaurants d'entreprise), la santé (restauration des hôpitaux pour le personnel et les patients) et le scolaire (restauration dans les cantines scolaires publiques et privées). Nous n'avons pas noté de différence de perceptions selon le segment d'activité de ces encadrants lorsque nous avons recueilli leurs témoignages sur lesquels nous nous sommes appuyée pour recenser leurs difficultés managériales perçues comme de facteurs de risques psychosociaux.

Avant d'analyser les résultats de ce questionnaire, il nous a semblé intéressant de partager deux constats quant au contenu de ces perceptions :

- L'individualisation des situations perçues comme facteurs de risques psychosociaux.
- La mise en évidence de leur propre mal-être alors que le sujet concernait la prévention des risques psychosociaux de leurs équipes.

Ces deux points d'analyse viennent appuyer notre premier postulat de recherche, à savoir que les risques psychosociaux ne semblent pas opérants pour construire l'action des encadrants en santé au travail.

L'individualisation de la problématique des risques psychosociaux

La lecture du recueil des situations perçues par les encadrants comme des risques psychosociaux (annexe 2) laisse apparaître que la plupart des situations concernent des situations inter individuelles avec un salarié. Ce constat valide ce que nous avons mis en évidence dans l'analyse de la littérature sur les risques psychosociaux. Ceux-ci sont perçus comme émanant d'un individu avec des difficultés d'adaptation aux contraintes professionnelles, que ce soient des contraintes organisationnelles liées à la réalisation de la

tâche de travail ou des contraintes relationnelles liées à une mésentente entre deux personnes, sans que l'organisation du travail ne soit perçu comme le point de connexion. Ces situations sont présentées par les encadrants comme des perturbations au bon déroulement de l'activité d'un service. Ainsi, elles sont vécues par les encadrants comme des événements venant empêcher l'activité managériale en termes d'atteinte des objectifs. Ces situations de risques psychosociaux représentent des contraintes pour les encadrants.

Cette perception des encadrants sur les risques psychosociaux interroge leur rôle de régulation tant des tensions organisationnelles du travail, que des tensions relationnelles. Les processus pouvant conduire à des situations à risques ne sont visiblement pas envisagés et représentent une boîte noire pour les encadrants. Il semble que les risques psychosociaux sont perçus par les encadrants comme « un nuage toxique » (Petit et coll., 2011 ; Daniellou, 2014) planant au-dessus de l'entreprise, atteignant indifféremment certains de ses salariés et laissant peu de marge de manœuvre aux encadrants, si ce n'est celle du constat et de la détection. La position « hygiéniste » de l'encadrant se trouve confirmée sans que la remise en question de l'organisation du travail soit envisagée dans cette posture.

Ainsi, il semble difficile pour un encadrant, qui a de telles perceptions sur les risques psychosociaux, d'envisager des pistes de prévention. Une des résistances pour soutenir l'action des encadrants est alors que les risques psychosociaux soient perçus comme une fatalité. Lors d'une formation, au moment de l'évaluation finale, un encadrant a fait la remarque suivante : « *Les risques psychosociaux, je croyais que c'était une fatalité, qu'on ne pouvait rien y faire. Je vois maintenant que je peux faire autrement.* ». Face à ce sentiment d'impuissance que génère visiblement la notion de risques psychosociaux, un des enjeux de nos interventions est de permettre aux encadrants d'envisager l'action avant même de l'outiller.

Les risques psychosociaux des encadrants

Un deuxième niveau d'analyse de ces différentes situations nous permet de découvrir que les encadrants parlent de leurs propres risques psychosociaux en citant ceux de leurs collaborateurs. Ce constat nous conduit à deux hypothèses :

- Ces situations sont perçues par les encadrants comme une onde de choc pouvant provoquer des conséquences sur la santé du salarié, mais aussi sur celle de l'encadrant.

- En mettant en évidence leurs propres risques, ils laissent entrevoir la culpabilité qu'ils ressentent ; ils souhaitent également alerter sur des situations difficiles qu'ils peuvent vivre avec leurs équipes sans que celles-ci soient prises en considération par leur hiérarchie.

Plusieurs encadrants en formation se sont interrogés explicitement sur les intentions de la direction : est-ce que leur inscription à cette formation signifie que leur mode de management est mis en accusation ? Des situations perçues comme pouvant générer des risques psychosociaux concernent le harcèlement. Cette notion est ressentie comme une menace. Aussi, plusieurs questions de la part des encadrants en formation viennent interroger la limite entre le harcèlement et le management : « Où est la frontière ? », « Est-ce que lorsque je demande plusieurs fois la même chose à un salariés je le harcèle ? ». Et ces questions indiquent le risque de fragilisation de la posture managériale lorsque les risques psychosociaux encourus par une équipe sont pointés par une direction, souvent après une évaluation des facteurs de risques. Nous attirons l'attention des intervenants en santé au travail où, par un mécanisme d'action-réaction, les diagnostics de risques psychosociaux en entreprise se traduisent par une formation de la ligne managériale. Cet écueil peut éventuellement s'éviter en associant les encadrants dès les phases préparatoires à la démarche.

Cette première analyse sur la perception des risques psychosociaux par les encadrants nous permet d'étudier notre première hypothèse, à savoir que cette notion est peu opérante pour engager l'action des encadrants en santé au travail. Elle peut même avoir des effets négatifs auprès des encadrants en rigidifiant leur posture face à ce qu'ils peuvent percevoir comme une accusation et/ou fragiliser leur posture managériale.

Les situations perçues comme des risques psychosociaux par les encadrants

Á partir de ce travail exploratoire sur les représentations des risques psychosociaux par des encadrants en formation du secteur de la restauration collective, nous avons proposé 13 situations pour établir un diagnostic sur la fréquence d'exposition à ces risques. Ces situations perçues par les encadrants comme porteuses de risques psychosociaux correspondent à la catégorisation proposée par l'INRS (2010) :

- Le stress

- Les violences internes dont le harcèlement
- Les violences externes

Dans notre questionnaire, ces différentes catégories sont inégalement représentées puisque nous avons de nombreuses situations de stress et une seule situation de violence externe.

Situations de violences au travail	Situation de violence externe (1)	« Certains de mes collaborateurs se plaignent de violences verbales de la part des clients »
	Situations de violences internes dont le harcèlement (5)	« Un de mes collaborateurs m'a accusé de harcèlement »
		« Je me suis fait fortement agressé(e) verbalement par un collaborateur »
		« Je me suis fait agressé(e) physiquement par un collaborateur »
		« J'ai dû faire face à une équipe hostile lors de mon arrivée dans un service comme encadrant »
		« Au cours de ma vie professionnelle, il m'a déjà été demandé de faire partir (démissionner) de l'entreprise un de mes collaborateurs »
Situations de stress	Situations de stress d'un membre de l'équipe (4)	« J'ai eu à gérer un entretien d'appréciation annuelle difficile du fait d'un collaborateur en pleurs » »
		« Suite à une longue surcharge de travail, l'un de mes collaborateurs m'a fait part de problèmes personnels graves »
		« Je n'ai pas su quoi faire quand un de mes collaborateurs m'a fait part de problèmes personnels graves »
		« Un de mes collaborateurs a soudain perdu son efficacité professionnelle alors qu'il était compétent »
	Situation de stress de l'encadrant (1)	« Je subis le stress de mes collègues et collaborateurs qui s'ajoute à mon stress et m'empêche de dormir »
Situation fortement médiatisée	Situation de suicide (1)	« Un collaborateur de mon équipe a menacé de se suicider si je ne répondais pas à ses attentes ».

Tableau 14 : Rappel des items proposés

Dans la formulation des questions, nous avons cherché à être au plus près des représentations des risques psychosociaux par les encadrants. Nous avons rajouté une question sur les violences externes rarement citées dans le recueil des perceptions des situations de risques psychosociaux. Nous avons été attentive à impliquer les encadrants en utilisant le pronom personnel. Nous avons aussi été vigilante à ne pas formuler des situations de manière culpabilisante.

Ce questionnaire, réalisé auprès d'encadrants du secteur de la restauration collective, a été proposé à des encadrants de ce même secteur, mais également dans le secteur de la Fonction Publique Hospitalière et le secteur de la logistique de transport aéronautique.

3.1.2. Résultats du diagnostic des situations perçues comme risques psychosociaux par les encadrants

Bien que la population participant à l'étude puisse sembler importante (410 questionnaires traités), nous devons convenir qu'elle ne peut pas représenter l'ensemble des situations de risques psychosociaux puisqu'elle a été établie à partir de la perception des encadrants du secteur de la restauration collective. Elle ne peut pas, également, refléter le vécu de l'ensemble des encadrants. En effet, le réel de l'activité de management auprès des équipes recouvre de nombreuses réalités selon les contextes où il s'exerce. Être équipier chez McDonald's (Weber, 2003) présente des différences avec l'activité des managers à France Télécom (Breuil, 2009) ou d'un encadrant dans un « open space » (Isnards & Zuber, 2008). Aussi, il ne nous est pas possible de généraliser les résultats de notre étude sur les situations de risques psychosociaux, ou de les comparer avec d'autres secteurs d'activités.

De plus, nous ne prétendons pas réaliser un état des lieux exhaustif des situations à caractère de risques psychosociaux rencontrées par les encadrants dans le management de leur équipe. La liste des situations que nous avons proposées dans notre questionnaire demanderait à être revue à la lumière des nouvelles recherches, notamment sur des situations qui permettraient d'évaluer la vitalité d'un collectif de travail avec des questions sur les « risques » plus collectifs. Nous sommes consciente d'interroger essentiellement des tensions inter individuelles pour la plupart des situations. Toutefois, notre apport, qui pourra être complété dans des recherches futures, consiste à donner des éléments de connaissance issus du terrain. Nos résultats rendent compte d'une réalité qui semble méconnue pour les directions. Lorsque nous avons présenté l'état des lieux des situations lors de comités de pilotage des trois secteurs d'activité représentés dans notre étude, nous avons provoqué une réelle surprise en ce qui concerne l'ampleur des situations rencontrées, signe d'une méconnaissance des situations auxquelles sont confrontés les encadrants par les directions, les partenaires sociaux et, parfois, les professionnels de la santé au travail qui composent les comités de pilotage.

Situations	Non réponse	Jamais	Rarement	Souvent	Très régulièrement	TOTAL	Moyenne pondérée
Stress des encadrants : "Je subis le stress de mes collègues et collaborateurs qui s'ajoute à mon stress et m'empêche de dormir"	8	**133**	189	**60**	**20**	410	0.92
Violence externe : "Certains de mes collaborateurs se plaignent de violences verbales de la part de clients"	7	**160**	166	**63**	14	410	0.83
Violence interne : "J'ai dû faire face à une équipe hostile lors de mon arrivée dans un service comme encadrant"	6	192	170	**33**	9	410	0.65
Violence interne : "Je me suis fait fortement agressé(e) verbalement par un collaborateur"	5	192	**190**	**19**	4	410	0.59
Stress : "Un de mes collaborateurs a soudain perdu son efficacité professionnelle alors qu'il était compétent"	11	193	189	**14**	3	410	0.57
Stress : "Je n'ai pas su quoi faire quand un de mes collaborateurs m'a fait part de problèmes personnels graves"	10	225	167	**6**	2	410	0.46
Violence interne : "Au cours de ma vie professionnelle, il m'a déjà été demandé de faire partir (démissionner) de l'entreprise un de mes collaborateurs	3	254	133	**17**	3	410	0.43
Stress : "J'ai eu à gérer un entretien d'appréciation annuelle difficile du fait d'un collaborateur en pleurs"	6	269	118	**14**	3	410	0.38
Stress : "Dans mon service, un ou plusieurs collaborateurs sont en arrêt longue maladie pour dépression"	4	300	98	**6**	2	410	0.29
Stress : "Suite à une longue surcharge de travail, l'un de mes collaborateurs a été arrêté pour épuisement professionnel"	3	335	66	**6**	0	410	0.19
Violence interne : "Un de mes collaborateurs m'a accusé de harcèlement"	6	344	**56**	**3**	1	410	0.16
Violence interne : "Je me suis fait agressé(e) physiquement par un collaborateur"	4	**363**	**42**	**1**	0	410	0.11
Suicide : "Un collaborateur de mon équipe a menacé de se suicider si je ne répondais pas à ses attentes"	1	**394**	**15**	**0**	0	410	0.04
Ensemble	74	3354	1599	**242**	61	5330	0.43

Tableau 15: Fréquence des situations perçues comme risques psychosociaux par les encadrants

Pour réaliser ce tableau, nous avons calculé une moyenne de la fréquence d'exposition. Nous avons pondéré le niveau de fréquence (0 pour jamais, 1 pour rarement, 2 pour souvent et 3 pour très souvent). Nous avons additionné la fréquence d'exposition pour chaque situation qui a été divisée par le nombre de questionnaires retranché du nombre de questionnaires les non réponses. Les résultats mettent en évidence les situations de stress des encadrants comme des situations majoritairement perçues comme des risques psychosociaux. Ensuite apparaissent les situations de violences externes. Les situations de tensions relationnelles sont donc en deuxième position, sauf pour les situations d'accusation de harcèlement moral et les agressions physiques. Nous constatons déjà que ce ne sont pas les situations les plus médiatisées (harcèlement et suicide au travail) qui apparaissent comme les plus fréquemment rencontrées, mais que les

situations de management d'équipe, au quotidien, sont celles qui sont diagnostiquées par les encadrants de trois secteurs d'activité comme les plus fréquentes.

Nous avons choisi d'analyser plus finement ces résultats en abordant dans un premier temps les violences au travail (externes puis internes), puis les situations de stress au travail. Nous consacrerons la dernière partie de l'analyse des situations aux menaces de suicide. Pour chacune de ces différentes catégories de situations de risques psychosociaux nous mettons en évidence, si elle est significative, la variabilité des fréquences en fonction des secteurs d'activité, du genre, de l'ancienneté dans le poste d'encadrant, des formations managériales suivies et de la taille des équipes.

3.1.2.1. Analyse de la fréquence d'exposition aux situations de violences externes au travail

Les violences externes au travail concernent les situations de tensions relationnelles (incivilités, agressions verbales voire physiques) avec des personnes extérieures à l'entreprise (client, usager, public). Notre étude questionne uniquement les agressions verbales.

« Certains de mes collaborateurs se plaignent de violences verbales de la part des clients. »

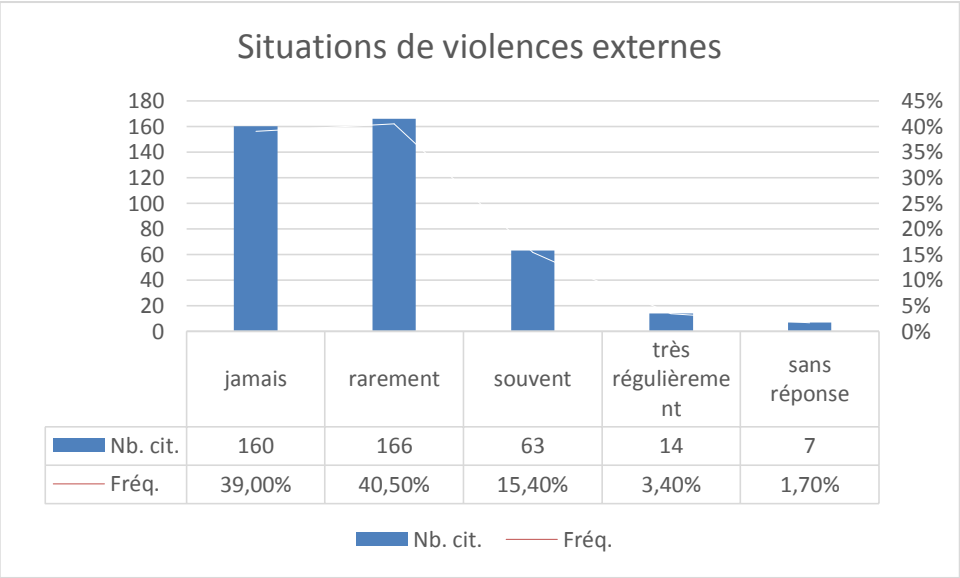
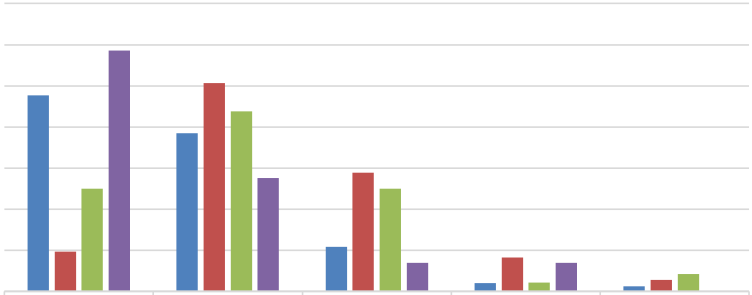


Tableau 16 : Situations de violences externes

Sur la totalité de notre population, 59.3 % des encadrants déclarent avoir entendu un membre de leur équipe se plaindre de violences verbales de la part d'un client (ou usagers, ou patients), dont 3.4 % signalent « souvent » en termes de fréquence d'exposition.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	47,70%	38,50%	10,80%	1,90%	1,20%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	9,60%	50,70%	28,80%	8,20%	2,70%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	25,00%	43,80%	25,00%	2,10%	4,20%
Secteur équipement transports	58,60%	27,60%	6,90%	6,90%	0,00%

Tableau 17 : Situations de violences externes, comparaison par secteurs d'activité

Nous avons relevé des différences significatives entre les secteurs d'activité. Le secteur hospitalier, et plus précisément les encadrants d'équipes soignantes, se déclarent plus nombreux à recueillir les plaintes des personnels sur les agressions verbales des patients ou des familles.

- 8.2 % déclarent l'entendre « très régulièrement » alors que la moyenne de l'ensemble des secteurs sur cette fréquence est de 3.4 %.
- 28.8 % notent « souvent » alors que la moyenne de l'ensemble des secteurs sur cette fréquence est de 6.9 %.

Ces résultats corroborent d'autres enquêtes. L'enquête Sumer précise que le secteur médico-social fait partie des secteurs les plus concernés par ce type de problématique. Les résultats de l'enquête de 2010 indiquent que 15 % du secteur privé et 23.5 % des salariés de la fonction publique déclarent avoir subi au moins une agression verbale au cours des douze derniers mois.

La proximité avec des usagers peut être différente selon les secteurs d'activité. Ainsi, en ce qui concerne notre étude, les équipes non soignantes de la fonction publique hospitalière et en secteur logistique de transports, tous les services n'ont pas un contact avec du public. Dans le secteur hospitalier, nous pouvons faire l'hypothèse de différences d'exposition selon l'activité des équipes non soignantes. En effet, elles peuvent exercer des missions très éloignées du public (réparations de locaux, logistique, lingerie) ou alors être confrontées directement à la population : l'accueil et la prise de rendez-vous des familles et des patients. En ce qui concerne

le secteur logistique de transport, seuls les services assurant la gestion des parkings confrontent les professionnels à des violences externes de la part des usagers. Notre étude confirme ces propos. Les encadrants du secteur de la restauration collective déclarent à 51.2 % (dont 1.9 % très régulièrement) avoir été confrontés à une plainte pour violences externes verbales alors que pour les encadrants du secteur hospitalier, les cadres soignants, le chiffre s'élève à 87.7 % (dont 8.2 % très régulièrement). Les encadrants techniques du secteur hospitalier sont 70.9 % (dont 2.1 % très régulièrement) à avoir rencontré cette situation. Les métiers encadrés sont différents pour ce type de population d'encadrants.

Lors des formations où nous avons proposé le questionnaire, les violences externes ont été rarement citées comme un risque psychosocial, quel que soit le secteur d'activité où nous sommes intervenue. C'est lorsque nous les présentions de façon explicite au cours de notre intervention formative que les encadrants proposaient quelques exemples de situations avec une tendance à les banaliser comme « faisant partie du métier ». Mais de quelle « partie » du métier parlent-ils ? L'organisation prescrite du travail donne rarement une procédure à suivre en cas de tensions relationnelles avec un client, un patient ou un usager. Tout au plus, existe-t-il des procédures pour gérer la situation lorsqu'elle est intervenue. Or, dans tous les secteurs d'activité concernés par l'étude, nous avons demandé s'il existait une procédure de gestion des situations d'agressions externes. Toutes les directions de ces trois secteurs d'activité nous ont affirmé qu'elle existait, mais… qu'elle se trouvait sur Intranet, qu'une recherche serait faite et qu'elle nous serait transmise. Malgré nos relances, nous n'avons jamais eu accès à ces protocoles qui sont censés gérer la situation dans l'urgence. Par contre, les secteurs hospitaliers et de logistique aéronautique proposent à leurs salariés des formations comportementales sur la gestion des incivilités de la part du public. Ces formations ont pour objectifs de permettre aux salariés d'avoir l'attitude personnelle la plus juste lorsqu'ils doivent faire face à ces situations. Dans les trois secteurs où nous sommes intervenue, nous n'avons pas eu connaissance de réflexion sur l'organisation qui pourrait elle-même générer des violences externes.

Dans nos formations, nous avons insisté sur le rôle de soutien essentiel des encadrants lorsque le personnel rencontre ces situations (sans que le temps imparti nous permette de viser une montée en compétences). Michel Debout (1999, 2003) a précisé les enjeux d'un accompagnement de la part de l'entourage professionnel lors d'une agression sur le lieu de travail. Les atteintes sur la santé du salarié ayant vécu ce type de situation peuvent se visualiser comme une onde de choc passant de la honte (image professionnelle dégradée dans ces circonstances) à la culpabilité (interrogations du salarié sur ses capacités à réagir dans certaines

circonstances professionnelles), la perte de confiance en soi et en son entourage professionnel. Outre la dégradation de la santé psychologique des salariés, nous pouvons assister à un délitement des relations professionnelles : avec l'encadrement et dans le collectif de travail. Pour contrer ce processus, une attention particulière au lien d'humanité doit être portée par l'entourage professionnel. Á partir de notre travail de terrain, nous avions déjà affirmé le rôle des « proches » professionnels et débattu de l'utilité de l'intervention psychologique après une agression (Debard, 2005). En effet, nous avons constaté que le soutien social dont bénéficiaient les salariés de la part des collègues et de leur hiérarchie jouait un rôle prépondérant sur les suites éventuelles en termes de santé psychologique. Ainsi, le rôle et l'attitude de l'encadrement vont être fondamentaux dans la préservation de la santé des salariés lors de ces situations.

Il est possible que l'attitude « désengagée » de l'encadrant vis-à-vis des salariés vivant ces situations de violences externes s'inscrive dans la culture du Transpersonnel. Il donne à voir que la priorité reste le client et l'usager. Le « care », ce « souci des autres » (Molinier, 2009b) se porterait d'abord sur les personnes à qui est destinée l'activité. « L'attendu du sous-entendu » conduirait l'encadrant à se positionner d'abord dans le soutien des patients et des clients. Au détriment de la santé des salariés ?

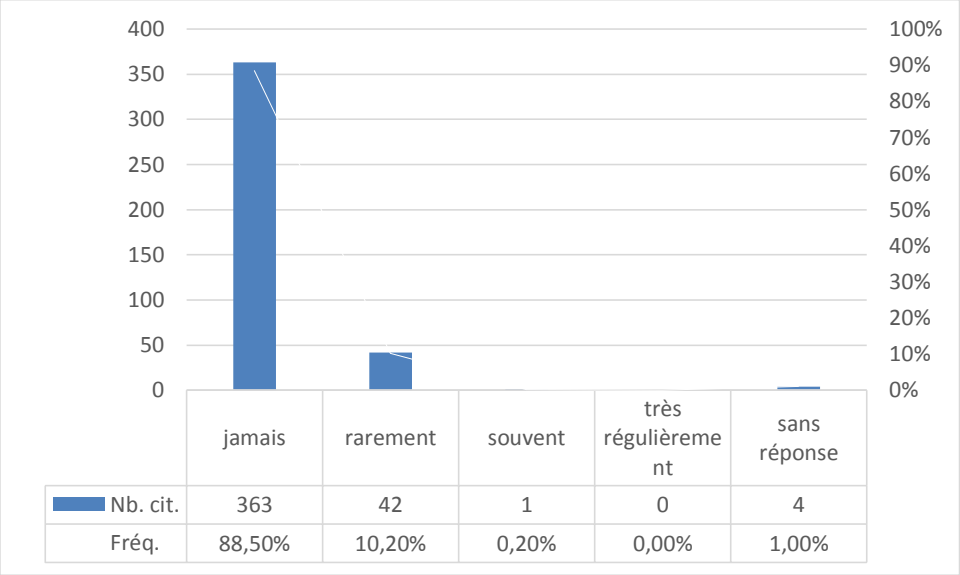
3.1.2.2. Analyse des fréquences d'exposition aux situations de violences internes

La violence « interne » au travail peut revêtir plusieurs formes. Les cas les plus « graves » sont le harcèlement au travail (moral et/ou sexuel). Toutefois, avant que cette qualification soit portée sur une situation de violence interne au travail, des conflits aggravés peuvent se manifester. Nous avons interrogé essentiellement les tensions relationnelles entre un manager et un membre de son équipe et une de nos questions explore les relations conflictuelles entre un encadrant et l'ensemble ou une partie de l'équipe. Nous sommes consciente d'avoir laissé dans l'ombre les tensions relationnelles entre les membres d'une équipe.

La violence interne physique

Les violences internes sont rarement abordées sous l'angle des violences physique entre salariés d'une même entreprise. Or, plusieurs témoignages d'encadrants du secteur de la restauration collective ont évoqué des situations où « les couteaux sont sortis ». Nous avons souhaité explorer la fréquence d'exposition à ce type de situation.

« Je me suis fait(e) agressé(e) physiquement par un collaborateur »

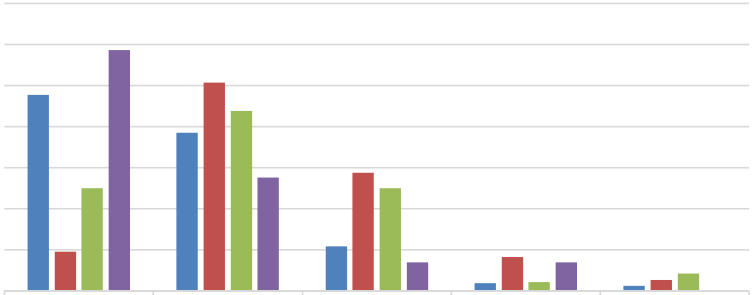


	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	363	42	1	0	4
Fréq.	88,50%	10,20%	0,20%	0,00%	1,00%

Tableau 18 : Situations de violences physiques internes avec un collaborateur

Nos résultats font apparaître que 10.4 % des encadrants ont vécu cette situation au cours de leur carrière d'encadrants, ce qui nous semble un chiffre important, bien que ce soit « rarement ».

Nous avons une différence significative entre les secteurs d'activité sur ce type de situation.

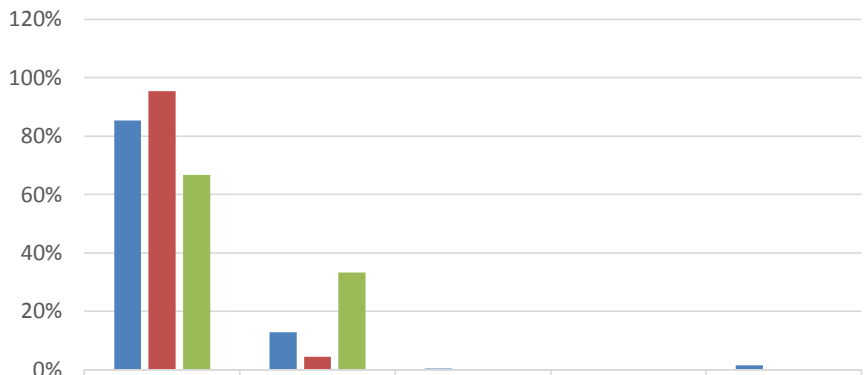


	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	47,70%	38,50%	10,80%	1,90%	1,20%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	9,60%	50,70%	28,80%	8,20%	2,70%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	25,00%	43,80%	25,00%	2,10%	4,20%
Secteur équipement transports	58,60%	27,60%	6,90%	6,90%	0,00%

Tableau 19 : Situations de violences internes physiques, comparaison par secteurs d'activité

13 % des encadrants du secteur de la restauration collective, 5.5 % des encadrants soignants (6.30 % chez les encadrants non soignants et 6.9 % dans le secteur de logistique aéronautique). Le secteur de la restauration collective rencontre plus fréquemment ces situations et les encadrants des équipes de soignants sont les moins exposés. La banalisation de la violence interne au travail serait-elle, comme les violences externes, « un attendu du sous-entendu » du métier, une culture du milieu professionnel où il devient banal de manifester des rapports de force et de violence ? La dimension Transpersonnelle témoignerait non seulement des « gestes du métier » en termes de savoir-faire mais étalement de la qualité du savoir-vivre ensemble.

Pour cette situation, notre étude montre des différences selon le genre des encadrants.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
homme	85,40%	12,80%	0,40%	0,00%	1,50%
femme	95,50%	4,50%	0,00%	0,00%	0,00%
sans réponse	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%	0,00%

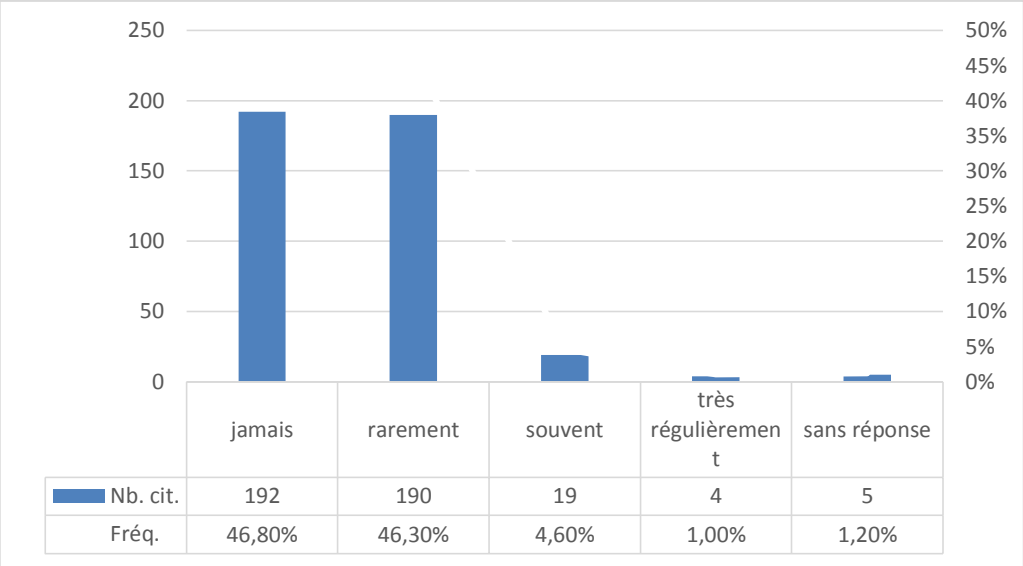
Tableau 20 : Situations de violences physiques internes avec un collaborateur par genre

Nous constatons un écart significatif : 13.2 % des encadrants masculins ont rencontré cette situation alors que « seulement » (tout étant relatif) 4.5 % des encadrantes l'ont vécue. Les rapports virils au travail (Molinier, 2006, a) se rencontrent aussi dans les relations entre hiérarchie et salariés.

Les agressions internes verbales

Parmi l'ensemble des situations de violence interne, ce sont les situations de tensions relationnelles qualifiées « d'agression verbale » par les encadrants de la part d'un membre de leur équipe qui sont les plus nombreuses.

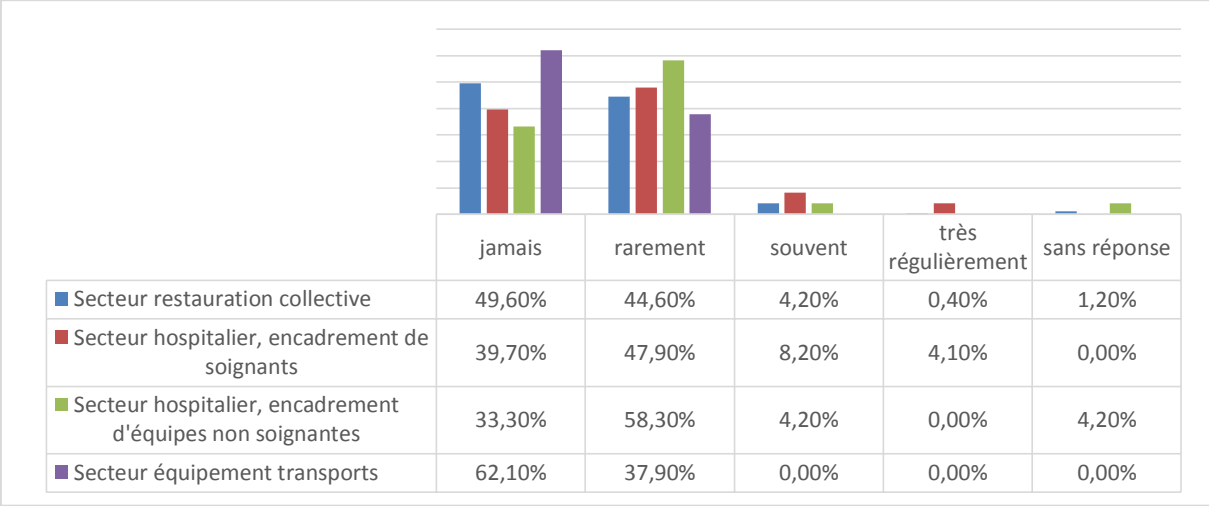
« Je me suis fait fortement agresser verbalement par un collaborateur »



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	192	190	19	4	5
Fréq.	46,80%	46,30%	4,60%	1,00%	1,20%

Tableau 21 : Situations de violence interne avec un collaborateur

52.1 % de la totalité des encadrants déclarent avoir rencontré cette situation au moins une fois au cours de leur carrière d'encadrant. L'étude montre une différence significative entre le secteur hospitalier et le secteur de la restauration collective.

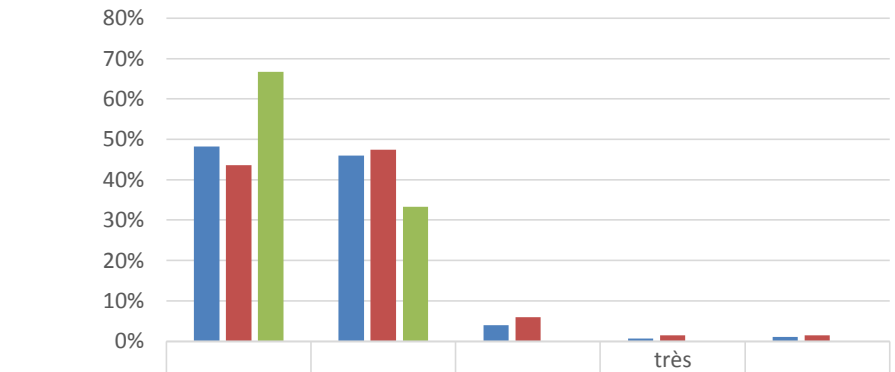


	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	49,60%	44,60%	4,20%	0,40%	1,20%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	39,70%	47,90%	8,20%	4,10%	0,00%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	33,30%	58,30%	4,20%	0,00%	4,20%
Secteur équipement transports	62,10%	37,90%	0,00%	0,00%	0,00%

Tableau 22 : Situations de violences internes avec un collaborateur par secteurs d'activité

49.2 % des encadrants de la restauration collective ont rencontré cette situation alors que 61.2 % de ceux du secteur hospitalier l'ont vécue au cours de leur carrière d'encadrants. Pour les encadrants du secteur hospitalier, nous trouvons une nette différence entre les encadrants d'équipes soignantes qui ont signalé à 56 % cette situation et les encadrants de personnels non soignants qui, à 66.7 %, ont vécu ce type de situation. Il y a comme un léger déplacement des manifestations de violences au travail : les agressions physiques sont plus fréquentes dans le

secteur de la restauration collective et les agressions verbales plus nombreuses dans le secteur hospitalier. Aussi, nous nous sommes interrogées : est-ce que cette différence serait liée au genre sexué des encadrants(es) ?



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
homme	48,20%	46,00%	4,00%	0,70%	1,10%
femme	43,60%	47,40%	6,00%	1,50%	1,50%
sans réponse	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%	0,00%

Tableau 23 : Situations de violences internes par un collaborateur, comparaison par genre

Les résultats de l'étude ne montrent pas de différences significatives par genre : 50.7 des hommes et 54.9 % des femmes encadrantes ont rencontré des situations d'agressions verbales. Par contre, nous notons une différence (bien que peu significative) sur la fréquence de ces situations : les encadrants femmes rencontrent plus fréquemment cette situation (7.5 % d'entre elles déclarent avoir vécu souvent voire très régulièrement une agression verbale de la part d'un membre de leur équipe) ; alors que 4.7 % des hommes estiment cette situation estimée rencontrée très régulièrement.

Intégrer une équipe hostile pour un encadrant

Au cours de nos formations sur la prévention des risques psychosociaux, les encadrants de la restauration collective ont évoqué les situations de tensions avec l'ensemble d'une équipe, notamment lors de leur arrivée dans celle-ci. Nous avons souhaité quantifier ces situations et leur fréquence auprès des trois secteurs d'activité concernés par l'étude.

« J'ai dû faire face à une équipe hostile lors de mon arrivée dans un service comme encadrant. »

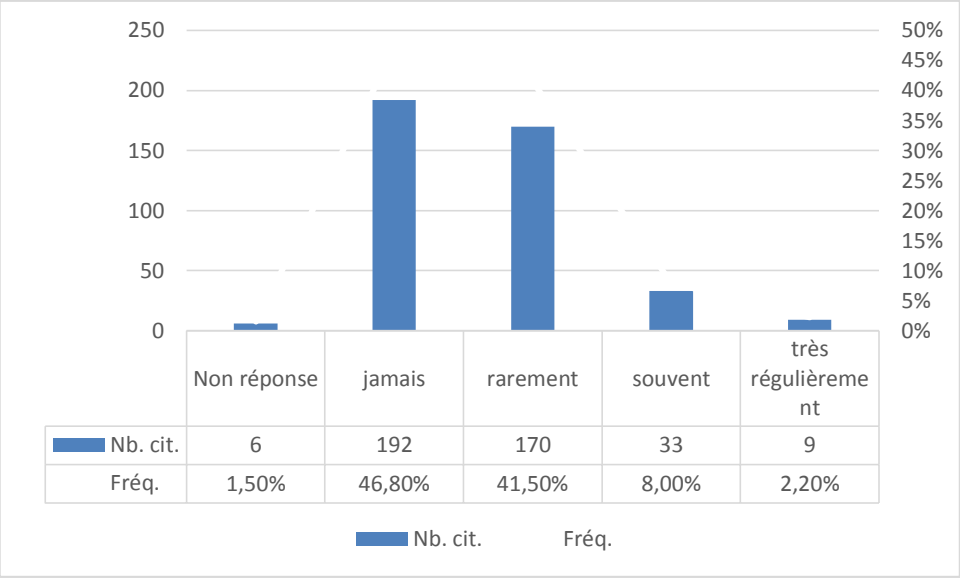
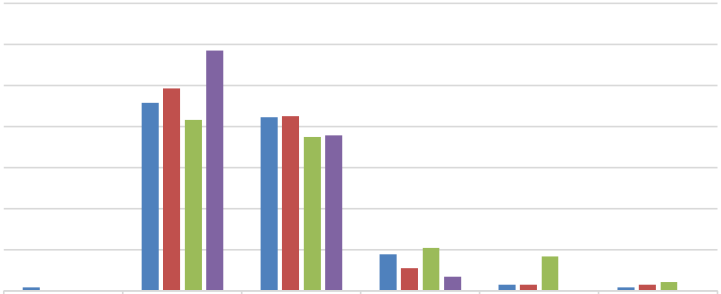


Tableau 24 : Situations de violences internes avec une équipe

Les résultats de l'étude nous montrent que 51.7 % de l'ensemble des encadrants interrogés ont fait face, au moins une fois dans leur carrière d'encadrement, à une équipe hostile dès leur arrivée.

Cette situation peut s'expliquer dans le secteur de la restauration collective par la politique commerciale. En effet, dans ce secteur, les contrats de prestation de service en restauration sont signés sur une période donnée. Á la fin du contrat, un appel d'offre est déposé et la concurrence s'exerce. Dans le cas où le client change de prestataire de service, l'entreprise de restauration collective reprend le contrat et les salariés. Par contre, le responsable de l'équipe change et un encadrant de la nouvelle entreprise est nommé. Ainsi, des encadrants se retrouvent à manager une équipe de travail qui a déjà construit une organisation de travail d'après la politique de l'entreprise précédente, et qui va devoir se réadapter à de nouvelles exigences. Le nouvel encadrant est chargé, par sa direction, de mettre en application la politique de l'entreprise, avec parfois des changements d'organisation du travail notables. Aussi, dans le secteur de la restauration collective, 52.6 % des encadrants déclarent avoir rencontré une équipe hostile lors d'une prise de poste, dont 10.3 % régulièrement (souvent et très régulièrement).

Notre étonnement concerne les résultats de l'étude auprès de l'encadrement du secteur hospitalier qui n'est pas soumis aux contraintes économiques que nous venons d'évoquer. Nous devrions avoir une différence significative. Or, nous n'avons pas de différences significatives entre ces deux secteurs d'activité.



	Non réponse	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	0,80%	45,80%	42,30%	8,80%	1,50%	0,80%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	0,00%	49,30%	42,50%	5,50%	1,40%	1,40%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	0,00%	41,70%	37,50%	10,40%	8,30%	2,10%
Secteur équipement transports	0,00%	58,60%	37,90%	3,40%	0,00%	0,00%

Tableau 25 : Situations de violences internes avec une équipe et par secteurs d'activité

De plus, ce sont les encadrants des équipes non soignantes du secteur hospitalier qui sont, d'après notre étude, la population la plus soumise à cette problématique puisque 18.7 % d'entre eux déclarent rencontrer fréquemment (souvent, voire régulièrement) une équipe hostile lors de leur arrivée ; alors que les autres encadrants se situent à 10.3 % pour le secteur de la restauration collective, 6.9 % pour les encadrants soignants et 3.4. % pour les encadrants du secteur de la logistique aéronautique. En croisant nos différentes variables indépendantes, nous n'avons pas noté de différences significatives qui pourraient expliquer cet écart (variables : formations managériales, ancienneté, genre, taille des équipes). Nous nous permettons une hypothèse. Parmi notre échantillon, les encadrants d'équipes non soignantes sont les seuls à ne pas être « du métier » lorsqu'ils intègrent une nouvelle équipe. En effet, dans la fonction publique, les promotions s'effectuent par concours. Les admis doivent ensuite trouver un poste équivalent à leur statut, mais rarement en fonction de la connaissance d'un métier. Aussi, nous faisons l'hypothèse qu'il est plus difficile à un encadrant d'intégrer une équipe où la légitimité est à construire. Nous retrouvons ce même phénomène (dans une moindre mesure) dans le secteur de la logistique aéronautique. Le diagnostic des situations de tensions relationnelles lors de l'arrivée d'un encadrant montre également que les encadrants de ce secteur rencontrent ce type de situations plus fréquemment que les encadrants d'équipes soignantes (eux-mêmes soignants avant de passer le concours de l'école des cadres) et les encadrants du secteur de la restauration

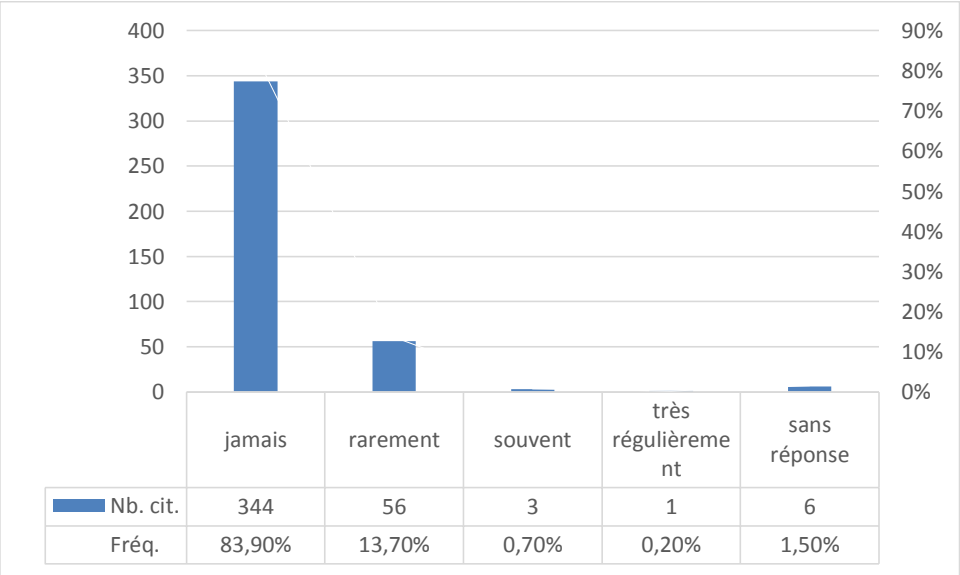
collective où la plupart d'entre eux continuent à exercer une activité de production au sein de leur équipe. (Ils sont détachés de la production lorsqu'ils encadrent une équipe de 8 personnes environ).

Une autre hypothèse a été discutée directement avec un groupe d'encadrants d'équipes non soignantes de la fonction publique hospitalière dans le cadre d'une intervention en analyse des pratiques managériales. Leurs explications mettent en question les ressources « énergétiques » (Hobfoll, 1989) puisqu'ils estiment ne pas avoir les moyens, dans la fonction publique, de récompenser les salariés avec une prime, une augmentation de salaire ou une évolution de carrière. Aussi, la qualité de la relation entre un encadrant et les salariés serait essentielle d'après eux. Les encadrants rajoutent à leurs explications que leur service est souvent utilisé comme « une voie de garage » pour des salariés soignants en difficulté (relationnelle et/ou pour inaptitude au poste). Ils doivent ainsi composer, selon leurs dires, avec des personnes plus difficiles que celles rencontrées par les encadrants soignants. Ces explications nous ramènent vers l'individualisation des problématiques.

La fréquence des situations de harcèlement moral au travail

Dans notre étude, nous avons choisi de ne pas préciser le type de harcèlement : moral ou sexuel. Ce choix est discutable. Nous avons estimé que les encadrants auraient plus de difficulté à noter une accusation de harcèlement sexuel.

« Un de mes collaborateurs m'a accusé de harcèlement »



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	344	56	3	1	6
Fréq.	83,90%	13,70%	0,70%	0,20%	1,50%

Tableau 26 : Situations de harcèlement moral

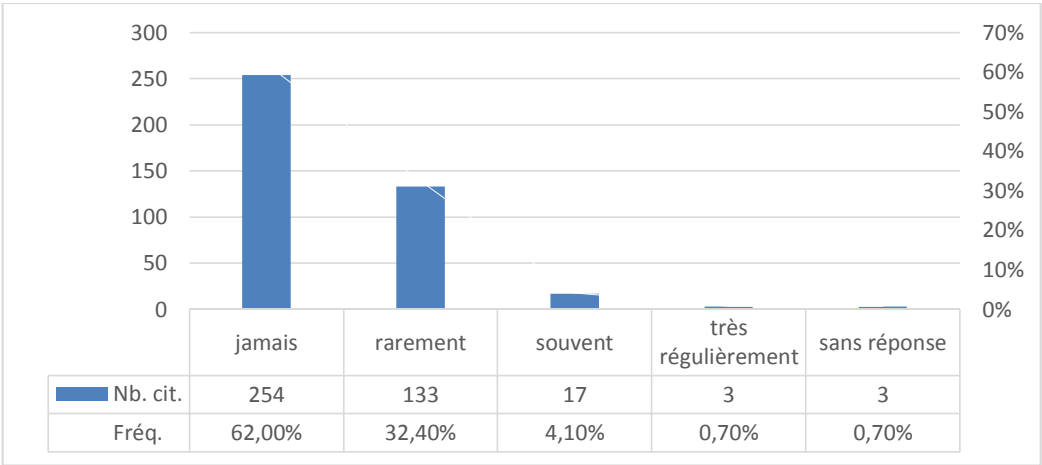
Dans notre étude, 14.6 % des encadrants déclarent avoir été accusés de harcèlement de la part d'un de leur collaborateur au cours de leur carrière d'encadrant (dont 1 % souvent).

	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	84,20%	13,50%	0,80%	0,00%	1,50%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	83,60%	13,70%	0,00%	1,40%	1,40%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	81,30%	14,60%	2,10%	0,00%	2,10%
Secteur équipement transports	86,20%	13,80%	0,00%	0,00%	0,00%

Tableau 27 : Situations d'accusation de harcèlement comparaison par secteurs d'activité

Les résultats ne présentent pas de différences significatives entre les secteurs d'activité : 14.3 % pour le secteur de la restauration collective, 13.8 % pour le secteur de la logistique de transport, 16.7 % pour les encadrants du secteur hospitalier non soignants, 15.1 % pour le secteur hospitalier, encadrants de soignants. Par contre, nous avons choisi d'analyser dans la partie consacrée au harcèlement, la question

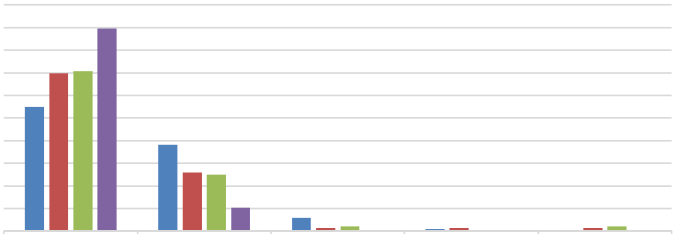
« Au cours de ma vie professionnelle, il m'a déjà été demandé de faire partir (démissionner) de l'entreprise un de mes collaborateurs »



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	254	133	17	3	3
Fréq.	62,00%	32,40%	4,10%	0,70%	0,70%

Tableau 28 : Situations de violences internes de la part d'un encadrant

37.2 % des encadrants déclarent avoir vécu cette situation au moins une fois au cours de leur carrière. Les différences sont significatives selon le secteur d'activité.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	55,00%	38,10%	5,80%	0,80%	0,40%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	69,90%	26,00%	1,40%	1,40%	1,40%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	70,80%	25,00%	2,10%	0,00%	2,10%
Secteur équipement transports	89,70%	10,30%	0,00%	0,00%	0,00%

Tableau 29 : Situations de violences internes de la part d'un encadrant par secteurs d'activité

- 44.7 % des encadrants du secteur de la restauration collective ont rencontré cette situation (6.6 % régulièrement) ;
- 27.2 % des encadrants du secteur hospitalier d'équipes non soignantes,
- 27.4 % des encadrants d'équipes non soignantes dans le secteur hospitalier
- 10.3 % dans le secteur de la logistique aéronautique.

Notre étude renvoie à la violence du travail et met en évidence son ampleur. Guyonvarch (2011) utilise le terme de violence symbolique du travail en révélant la banalisation des licenciements. Or, bien que nommée violence symbolique, cette situation est particulièrement éprouvante pour la santé physique, psychologique et sociale des salariés qui sont l'objet de ces licenciements. Mais, nous voudrions aussi mettre en évidence les conséquences cachées de ces situations sur la santé des encadrants amenés à licencier et sur leur posture managériale.

Nous voudrions faire part d'un témoignage d'une des encadrantes participant à l'étude. Elle a évoqué, en groupe, une situation où il lui a été demandé de « faire partir » un membre de son équipe. Nous l'appellerons Sophie. Cette cadre d'un service administratif, âgée d'une quarantaine d'années, a eu quelques difficultés à retrouver un travail après un licenciement économique. Lorsqu'elle est entrée dans une entreprise (qu'elle a déclaré ne pas être celle où

elle exerçait au moment de son témoignage), il lui a été demandé de « faire le ménage » : un membre de l'équipe posait des difficultés et sa hiérarchie directe lui a donné deux mois pour le faire partir. « J'ai fait ce qui m'était demandé et j'ai commencé à faire des rapports sur la personne. Au bout de deux mois, les rapports étaient suffisants pour licencier la personne. Au moment de l'annonce, le DRH m'a dit : « Comme c'est vous qui avez fait les rapports, vous allez m'assister lors de l'entretien de licenciement. Je me suis retrouvée avec la personne accompagnée par un syndicat. La personne a été licenciée. Par contre, elle est allée en justice et son dossier est passé aux Prud'hommes. On m'a dit : comme c'est vous qui avez suivi l'affaire, nous vous laissons voir avec l'avocat. Je me suis retrouvée au tribunal. Plus tard, j'ai eu à faire un recrutement et j'ai fait une erreur. Mais pour ne pas revivre ce que j'avais vécu, je n'ai rien dit et j'ai fait le travail à la place de la personne. »

Ce témoignage montre que cette situation de violence au travail, qui est d'organiser le licenciement d'un membre de son équipe, ne laisse pas indemnes les encadrants. Ils se retrouvent confrontés à une activité managériale qui, non seulement n'est pas prescrite dans leur définition de fonction, mais où la consigne qui est donnée laisse une part de floue considérable sur la « méthode » : « Faites le ménage ». Ce terme est le plus courant utilisé par les encadrants que nous avons rencontrés lorsqu'il lui est demandé de faire partir un membre de son équipe. Nous ne voulons pas déresponsabiliser les actes des encadrants placés dans cette situation, mais montrer que leur propre métier va être déstabilisé par ces situations « non prescrites », où la dimension Impersonnelle du métier est floue sur le « quoi » et le « comment », où les valeurs personnelles sont atteintes. Nous pouvons aussi constater que ces situations se vivent dans la honte et que l'encadrant va effectuer cette « tâche » dans une grande solitude, sans reconnaissance, sans soutien ; les marges de manœuvre qu'il va s'autoriser à mettre en œuvre pour accomplir le licenciement ne sont pas sans impact sur ses propres valeurs et sa sensibilité. Ces situations renvoient aux questions éthiques du management, à l'élaboration des règles éthiques du métier d'encadrant qui se trouve confronté, seul, aux tensions du travail. Les espaces d'échange entre encadrants doivent être questionnés. Mais, nous pouvons aussi craindre, comme nous le montre ce témoignage, que l'ensemble des instances du métier de l'encadrant soit déstabilisé. Les conséquences portent non seulement sur la Santé Vivante (celle où le pouvoir d'agir est en dynamique) de l'encadrant (perte de confiance dans ses capacités professionnelles et managériales), mais aussi sur la santé des équipes et de l'entreprise. Ce témoignage nous permet d'assister au délitement du métier (Gaubert, 2012). Il nous permet également d'affirmer que se préoccuper de la santé des salariés, c'est aussi assurer la santé des encadrants et des organisations.

3.1.2.3. Analyse de la fréquence d'exposition aux situations de stress

En ce qui concerne les situations de stress professionnel, les situations diagnostiquées étudient les circonstances où l'encadrant a dû faire face à une expression de stress de la part d'un membre de son équipe. Nous avons interrogé trois types de situations :

- La **perte soudaine d'efficacité professionnelle** d'un membre de l'équipe alors que cette personne était compétente :
    - « Un de mes collaborateurs a soudain perdu son efficacité professionnelle alors qu'il était compétent »
- Nous avons approfondi cette question avec un focus sur **l'intensité du travail** :
    - « Suite à une longue surcharge de travail, un de mes collaborateurs a été arrêté pour épuisement professionnel ».
- Nous avons ensuite souhaité interroger le stress en situation d'entretien annuel d'évaluation qui est considéré, par les directions, comme un temps d'échange privilégié entre un encadrant et un membre de son équipe :
    - « J'ai eu à gérer un entretien d'appréciation annuel difficile du fait d'un collaborateur en pleurs ».

Nous avons conscience que ces trois questions sont très limitées pour interroger l'ensemble des composantes du stress professionnel. Parmi les trois modèles d'analyse du stress professionnel proposés par les auteurs (Vézina, Theorell et Brisson, 2015), nous interrogeons le modèle « demande-latitude-soutien » développé par Karasek et Theorell (1990).

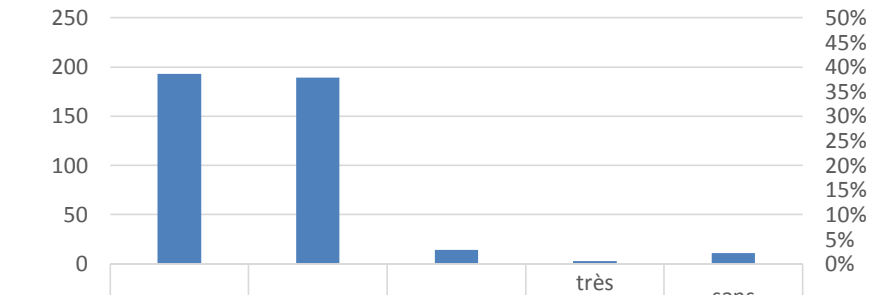
- la quantité de travail à accomplir,
- les exigences mentales liées à la complexité et aux difficultés du travail et les contraintes de temps auxquelles les travailleurs doivent faire face.
- le soutien social qui sera demandé à l'encadrant pour gérer un déséquilibre entre les contraintes et les ressources.

Les deux autres modèles : « déséquilibre : effort/récompense » de Siegrist (1996) celui de la « justice organisationnelle » (Ndjaboué, Brisson & Vézina, 2012) n'ont pas été explorés.

La perte d'efficacité professionnelle soudaine

Nous avons souhaité étudier la fréquence d'exposition des encadrants à une situation qui peut s'apparenter à un épuisement professionnel d'un membre de l'équipe. La question du « burn out » revient régulièrement dans nos formations auprès des encadrants. Aussi, nous avons formulé la question ainsi :

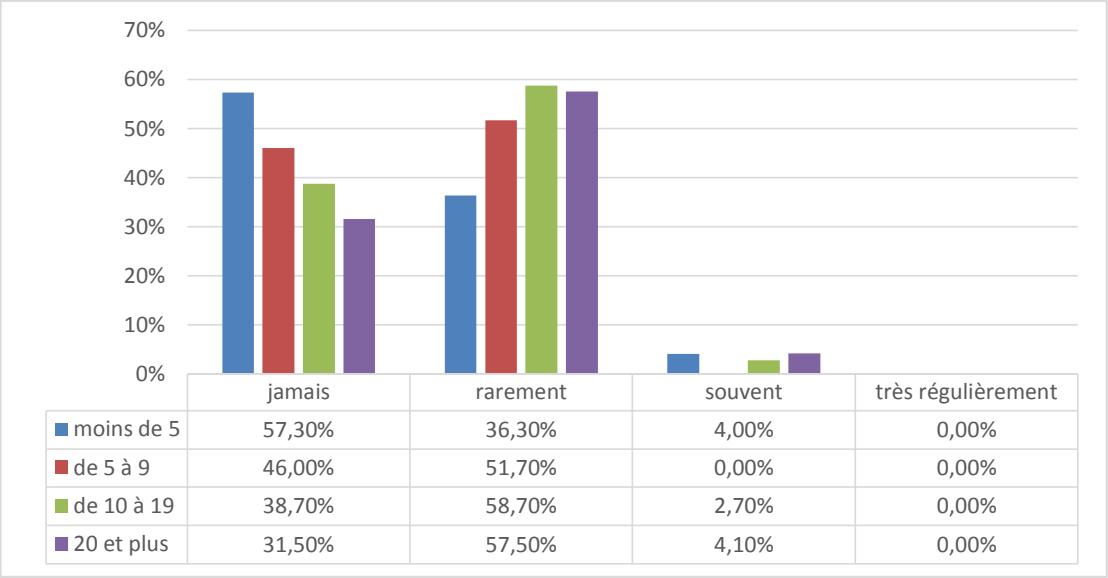
« Un de mes collaborateurs a soudain perdu son efficacité professionnelle »



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	193	189	14	3	11
Fréq.	47,10%	46,10%	3,40%	0,70%	2,70%

Tableau 30 : Situations de stress : perte soudaine d'efficacité professionnelle

Plus de la moitié des encadrants interrogés (50.2 %) ont constaté qu'un des membres de leur équipe perdait « soudainement » son efficacité professionnelle, alors qu'il était compétent. La « soudaineté » d'apparition des symptômes de l'épuisement professionnel est une réalité. Mais nous avons fait l'hypothèse qu'un encadrant attentif à la régulation du travail de ses équipes peut, peut-être, l'anticiper. Aussi, nous avons continué notre raisonnement en nous posant la question de la taille des équipes. En effet, plus l'équipe est nombreuse pour un encadrant et plus difficile sera pour lui d'être en proximité avec l'ensemble des membres de son équipe.



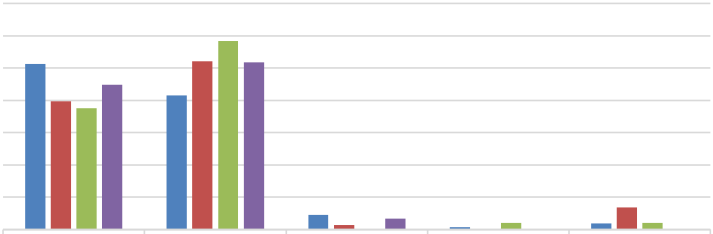
	jamais	rarement	souvent	très régulièrement
moins de 5	57,30%	36,30%	4,00%	0,00%
de 5 à 9	46,00%	51,70%	0,00%	0,00%
de 10 à 19	38,70%	58,70%	2,70%	0,00%
20 et plus	31,50%	57,50%	4,10%	0,00%

Tableau 31 : Situations de stress : perte soudaine d'efficacité professionnelle par taille d'équipes

En effet, nous constatons des différences significatives entre la fréquence d'exposition à cette situation (que nous nous permettons de considérer comme une manifestation d'épuisement professionnel) et la taille des équipes :

- 11.3 % des encadrants ont rencontré cette situation au cours de leur carrière dans des équipes de moins de 5 personnes
- 12.6 % pour des équipes de 5 à 9 personnes
- Nous passons à un taux de 17.3 % pour les équipes de 10 à 19 personnes
- Et le taux est de 32.8 % lorsque l'équipe dépasse la vingtaine de personnes, dont 6.8 % régulièrement alors que pour tous les autres taux nous sommes à 0 % sur la fréquence régulièrement.

Nous n'avons pas de différences significatives entre les secteurs sauf pour les encadrants d'équipes non soignantes du secteur hospitalier qui rencontrent plus fréquemment ce type de situations :



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	51,20%	41,50%	4,60%	0,80%	1,90%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	39,70%	52,10%	1,40%	0,00%	6,80%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	37,50%	58,30%	0,00%	2,10%	2,10%
Secteur équipement transports	44,80%	51,70%	3,40%	0,00%	0,00%

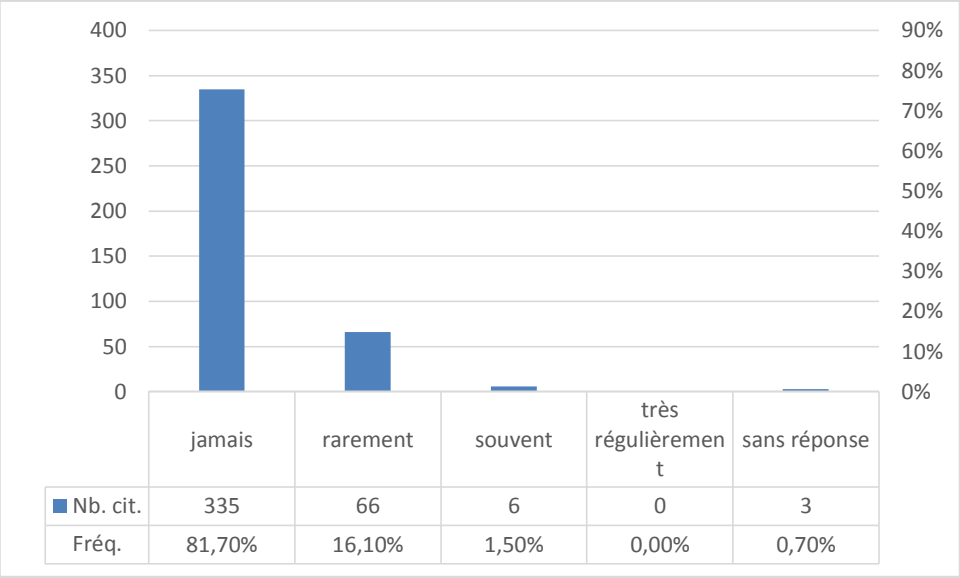
Tableau 32 : Situations de stress : perte soudaine d'efficacité professionnelle comparaison selon le secteur d'activité

60.4 % de ces encadrants ont été confrontés à ce type de situations. Cette différence significative sur des situations de stress dans les équipes non soignantes du secteur hospitalier peut s'expliquer par les contraintes politiques qui pèsent dans ce secteur d'activité. En effet, les hôpitaux publics sont soumis depuis plusieurs années à des restrictions budgétaires. Les études sur les conséquences en termes de santé au travail portent essentiellement sur les soignants. Or, les restrictions budgétaires qui se traduisent par des baisses du personnel affectent largement les services administratifs et logistiques des hôpitaux, mais avec plus de silence. Nous avons perçu que les agents eux-mêmes participent à ce silence en minimisant les impacts de leur charge de travail. Ils ont tendance à comparer leurs conditions d'activité à celles des soignants, notamment la régularité de leurs horaires de travail et le repos du week-end.

Les situations de stress liées à une surcharge de travail

Une de nos questions permet d'approfondir la notion d'épuisement professionnel en la mettant en lien avec la surcharge de travail.

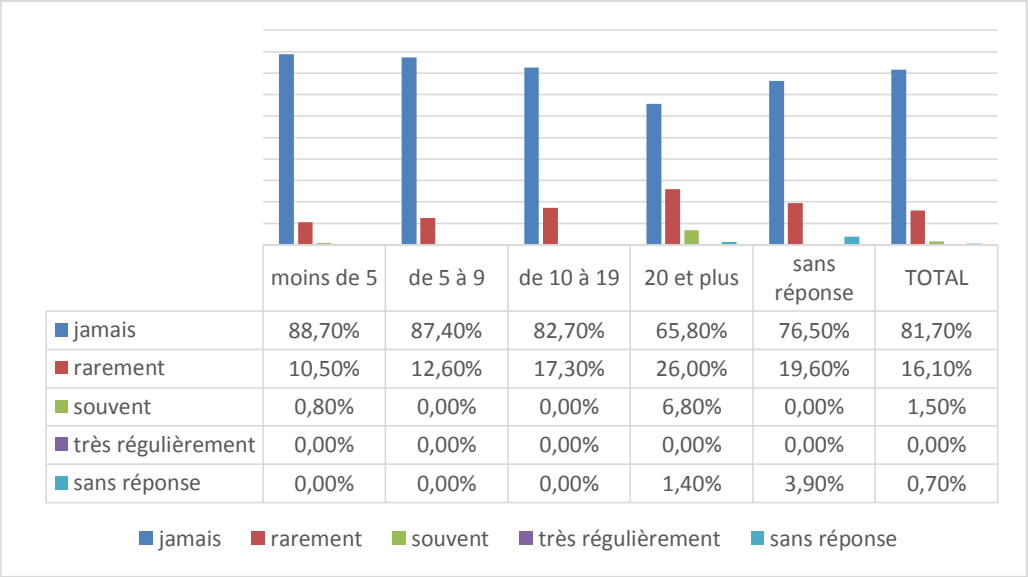
« Suite à une longue surcharge de travail, l'un de mes collaborateurs a été arrêté pour épuisement professionnel »



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	335	66	6	0	3
Fréq.	81,70%	16,10%	1,50%	0,00%	0,70%

Tableau 33: Situations d'épuisement professionnel d'un collaborateur

18.3 % des encadrants répondants au questionnaire ont rencontré cette situation au moins une fois au cours de leur carrière (seulement 1.5 % régulièrement). Des différences significatives selon la taille des équipes se retrouvent sur cette question comme pour celle traitée précédemment.



	moins de 5	de 5 à 9	de 10 à 19	20 et plus	sans réponse	TOTAL
jamais	88,70%	87,40%	82,70%	65,80%	76,50%	81,70%
rarement	10,50%	12,60%	17,30%	26,00%	19,60%	16,10%
souvent	0,80%	0,00%	0,00%	6,80%	0,00%	1,50%
très régulièrement	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
sans réponse	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%	3,90%	0,70%

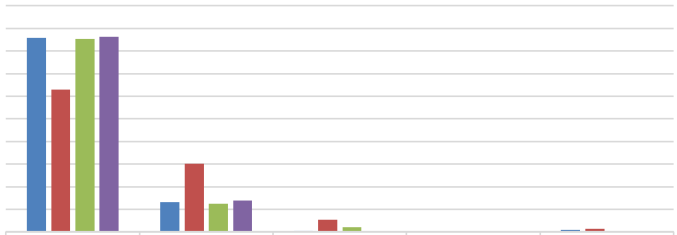
Tableau 34 : Situations d'épuisement professionnel d'un membre de l'équipe, comparaison par taille d'équipe

Nous retrouvons les mêmes différences significatives que dans la question précédente sur la perte d'efficacité soudaine au sein d'une équipe, selon le nombre de personnes encadrées :

- 16 % des encadrants d'équipe de moins de 5 personnes ont rencontré cette situation au cours de leur carrière d'encadrant ;

- Ils sont 20.7 % lorsqu'ils encadrent des équipes de 5 à 9 personnes
- 29.3 % ont vécu cette situation lorsque l'équipe est de 10 à 19 personnes
- Et 50.6 % des encadrants ont rencontré cette situation lorsque leur équipe dépasse la vingtaine de personnes.

Par contre, nous avons une différence significative entre les secteurs d'activité et notamment pour les encadrants d'équipes soignantes dans le secteur hospitalier.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	85,80%	13,10%	0,40%	0,00%	0,80%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	63,00%	30,10%	5,50%	0,00%	1,40%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	85,40%	12,50%	2,10%	0,00%	0,00%
Secteur équipement transports	86,20%	13,80%	0,00%	0,00%	0,00%

Tableau 35 : Situations d'épuisement professionnel, comparaison par secteurs d'activité

35.6 % des encadrants d'équipes soignantes ont rencontré cette situation dont 5.5. % régulièrement. Ces résultats viennent compléter l'analyse précédente. En effet, ce sont les équipes soignantes qui sont les plus nombreuses.

De notre point de vue, ce résultat questionne le taux d'absentéisme élevé constaté dans le secteur hospitalier et notamment pour les équipes soignantes. Les statistiques nationales montrent que non seulement les taux d'absentéisme sont deux à trois fois supérieurs dans la fonction publique hospitalière par rapport aux autres secteurs de l'économie, mais que l'écart continue à se creuser : 8 % d'augmentation pour les hôpitaux en 2010 (selon la note conjoncturelle de mai 2011, Dexia Sofcap). Le taux d'absentéisme est en moyenne de 10 % dans les hôpitaux publics pour des organismes de plus de 100 salariés, il s'élève à 14 % pour les structures de moins de 50 salariés (Enquête SOFCAH, « Regards sur », mai, 2012).

Un collaborateur en pleurs lors d'un entretien annuel d'évaluation

Les encadrants nous ont fait part de situations émotionnelles lorsqu'un membre de l'équipe « craque » selon leurs termes, c'est-à-dire est en pleurs. Les entretiens annuels d'évaluation sont souvent appréhendés par les salariés ; aussi, nous avons formulé la question ainsi :

« J'ai eu à gérer à un entretien d'appréciation annuel difficile du fait d'un collaborateur en pleurs. »

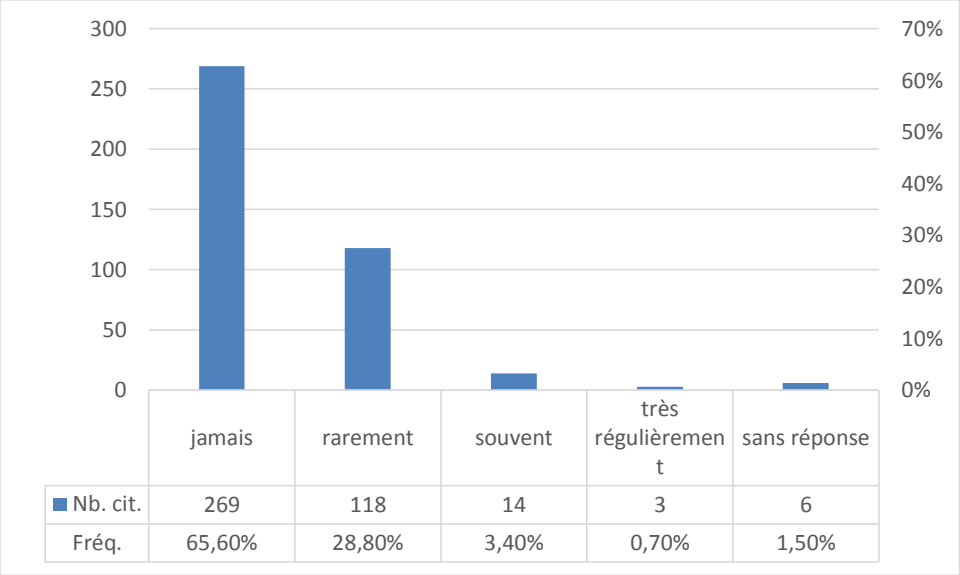
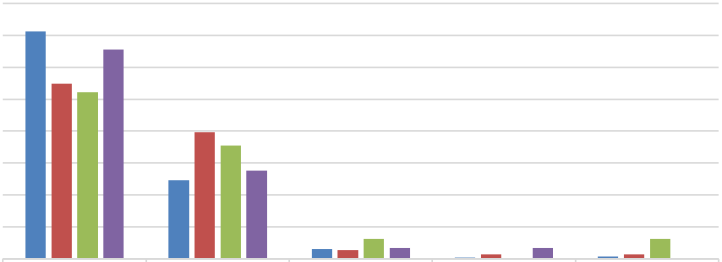


Tableau 36 : Situations de stress : pleurs d'un collaborateur

Les résultats de notre recherche montrent que 32.9 % des cadres ont été confrontés à des entretiens annuels d'évaluation où le professionnel était en pleurs, dont 4.1 % régulièrement.

Nous retrouvons des différences significatives entre les secteurs d'activités.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	71,20%	24,60%	3,10%	0,40%	0,80%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	54,80%	39,70%	2,70%	1,40%	1,40%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	52,10%	35,40%	6,30%	0,00%	6,30%
Secteur équipement transports	65,50%	27,60%	3,40%	3,40%	0,00%

Tableau 37 : Situations de stress : pleurs d'un collaborateur, comparaison par secteurs d'activité

- 28.1 % des encadrants du secteur de la restauration collective ont rencontré ce type de situation au cours de leur carrière ;
- 34.5 % dans le secteur de la logistique de transport
- 41.7 % des encadrants d'équipes non soignantes dans le secteur hospitalier
- 43.8 % des encadrants d'équipes soignantes dans le secteur hospitalier.

Le secteur hospitalier semble, là aussi, plus particulièrement touché par cette problématique. Quelle hypothèse pouvons-nous faire ? Est-ce que travailler dans un milieu émotionnellement difficile (confrontation à la maladie, la détresse, la mort) implique un investissement subjectif dans le travail qui se traduit émotionnellement lorsque le professionnel cherche à rendre visible son travail à son encadrant ? « Le réel se fait connaître au sujet par sa résistance aux procédures, aux savoir-faire, à la technique, à la connaissance, c'est-à-dire par la mise en échec de la maîtrise. Travailler, c'est échouer. Le monde réel résiste. Il confronte le sujet à l'échec, d'où surgit un sentiment d'impuissance, voire d'irritation, de colère, ou encore de déception ou de découragement. » (Dejours, 2003, p. 14). Les pleurs, dans un entretien d'évaluation du travail avec son encadrant, peuvent être l'expression de ce sentiment de résistance du réel dans l'exercice du métier.

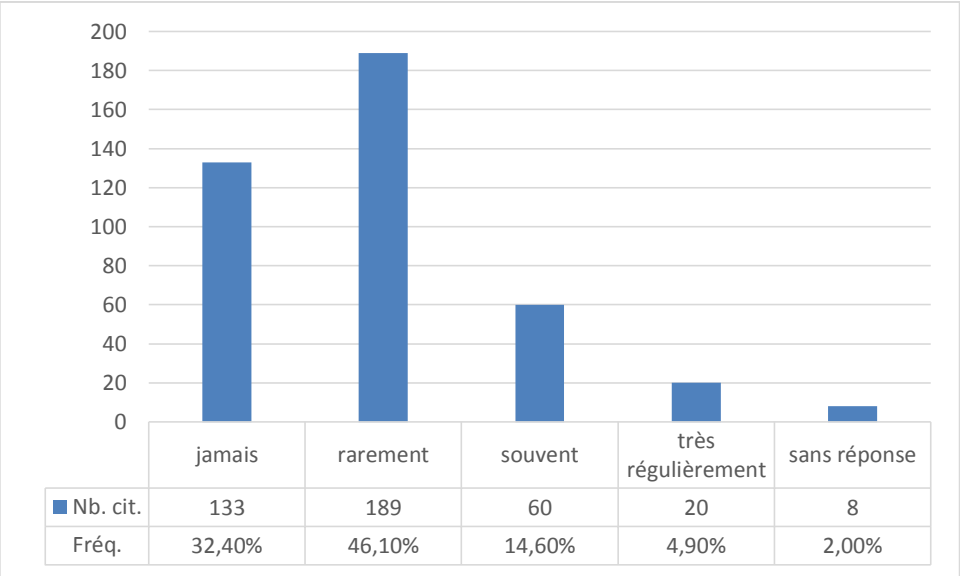
Ces résultats nous interrogent sur le soutien social et émotionnel des encadrants ? Nous avons déjà posé cette question lorsque nous avons étudié la fréquence des situations de violences externes. De notre point de vue, l'action des encadrants lors de situations émotionnelles rencontrées par l'équipe (ou un membre de l'équipe) n'est pas à négliger dans les liens entre santé et action des encadrants.

Le stress des encadrants

Une de nos questions cherche à évaluer le stress des encadrants. La question a été posée de manière détournée afin de contourner le mécanisme de défense de cette population qui consiste à nier ses propres difficultés professionnelles :

« Je subis le stress de mes collègues et collaborateurs qui s'ajoute à mon stress et m'empêche de dormir ».

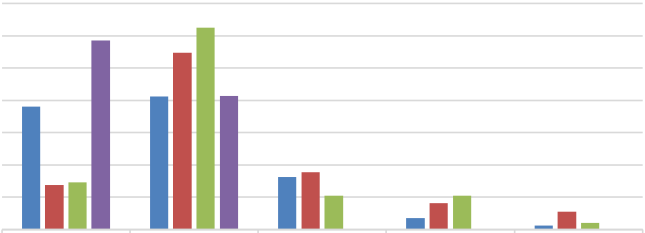
Notre question évalue plus particulièrement un indicateur de santé : l'insomnie que nous avons contextualisée dans le cadre du travail.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	133	189	60	20	8
Fréq.	32,40%	46,10%	14,60%	4,90%	2,00%

Tableau 38 : Situations de stress des encadrants

Les résultats de l'étude apportent des éléments inquiétants sur l'état de santé des encadrants. 65.6 % des répondants déclarent avoir vécu ce type de situation affectant leur santé au moins une fois au cours de leur carrière dont 14.6 % ont rencontré souvent cette situation et 4.9 % très régulièrement. Nous avons des différences significatives entre les secteurs d'activité.



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Secteur restauration collective	38,10%	41,20%	16,20%	3,50%	1,20%
Secteur hospitalier, encadrement de soignants	13,70%	54,80%	17,80%	8,20%	5,50%
Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	14,60%	62,50%	10,40%	10,40%	2,10%
Secteur équipement transports	58,60%	41,40%	0,00%	0,00%	0,00%

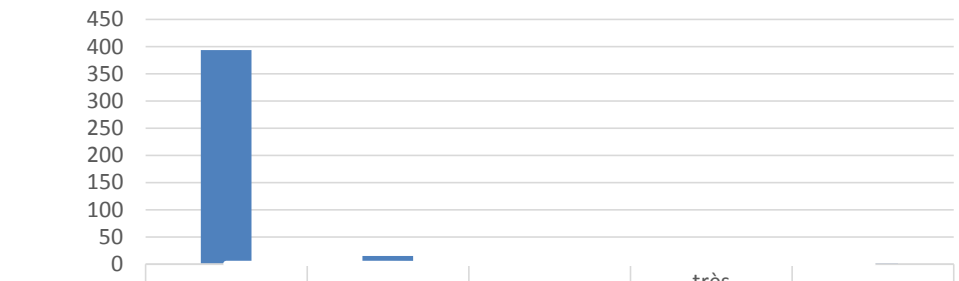
Tableau 39 : Situations de stress des encadrants, comparaison par secteurs d'activité

Les cadres à l'hôpital sont particulièrement affectés : 83.3 % des encadrants d'équipes non soignantes et 80.8 % des encadrants d'équipes soignantes ont vécu des situations de stress professionnel qui ont affecté leur santé. Ainsi, lorsque dans la première partie de cette étude nous avons mis en évidence la forte propension des encadrants à présenter leur propre stress, ce n'est certainement pas seulement un mécanisme de défense face à un sentiment d'accusation. Des études commencent à émerger pour quantifier les facteurs de risques psychosociaux des encadrants et les conséquences sur leur santé. Cet angle d'observation demande à être complété par des recherches.

3.1.2.4. Analyse de la fréquence d'exposition aux menaces de suicide de la part d'un membre de l'équipe

La médiatisation des suicides sur les lieux de travail (ou supposés en lien avec le travail) a fortement contribué d'une part à une accélération des débats sur les liens entre santé et travail. Comme le harcèlement, la crainte d'un suicide sur le lieu de travail a motivé les demandes de formations des encadrants sur la prévention des risques psychosociaux. Nous avons souhaité quantifier la fréquence de cette situation sous l'angle de la menace :

« Un collaborateur de mon équipe a menacé de se suicider si je ne répondais pas à ses attentes »



	jamais	rarement	souvent	très régulièrement	sans réponse
Nb. cit.	394	15	0	0	1
Fréq.	96,10%	3,70%	0,00%	0,00%	0,20%

Tableau 40 : Situations de menaces de suicide

Nous avons donc exploré les situations de menaces de suicide rencontrées par les encadrants dans l'exercice de leur fonction managériale. Le taux est faible : 3.7 % des encadrants ont rencontré cette situation et une seule fois. Le nombre d'encadrants ayant rencontré cette situation est beaucoup trop faible (15 sur 410) pour croiser cette variable.

Toutefois, la question de la prévention du risque suicidaire reste d'actualité. Malgré l'avancée des connaissances sur les risques psychosociaux, des préconisations sur le rôle de « détection » des encadrants semblent toujours d'actualité : « Les managers devraient être particulièrement sensibilisés à la santé mentale et à la question suicidaire, pour aider à la prise en charge rapide de troubles psychiatriques parmi les membres d'une équipe » (Nicolas, 2015, p. 161). Non seulement ce type d'actions s'oriente vers une prise en charge individuelle et sous l'angle de pathologies cliniques, mais il nous éloigne résolument de la question du travail et du rôle de l'encadrant dans le lien entre santé et travail.

3.1.3. Les ressources formatives et les soutiens sociaux des encadrants pour prendre en compte les risques psychosociaux

L'étude des situations perçues comme des risques psychosociaux par les encadrants nous permet de faire le constat que les encadrants rencontrent de situations difficiles dans le management de leurs équipes. Aussi, nous souhaitons compléter cette étude en analysant deux types de ressources :

- Les ressources formatives
- Les soutiens sociaux

D'autres types de ressources auraient pu être analysés (comme les espaces de discussion dont disposent les encadrants). Mais nous avons fait le choix de sélectionner ces deux « ressources » qui sont proposées, à priori, dans toutes les entreprises.

3.1.3.1. Les ressources formatives

Nous avons souhaité évaluer les ressources formatives des encadrants en partant de l'hypothèse que des formations managériales ont pu leur apporter des compétences (en termes de savoir, de savoir-être et de savoir-faire) pour anticiper ou gérer ces situations. Aussi, nous avons souhaité d'une part évaluer le nombre d'encadrants ayant suivi des formations managériales et d'autre part, les thèmes de ces formations afin de mettre en évidence celles qui pouvaient leur apporter des compétences dans la gestion des situations de risques psychosociaux, voire, de les prévenir.

La fréquence des formations managériales

Dans notre questionnaire, nous avons choisi une question ouverte :

« Avez-vous suivi des formations managériales ? »

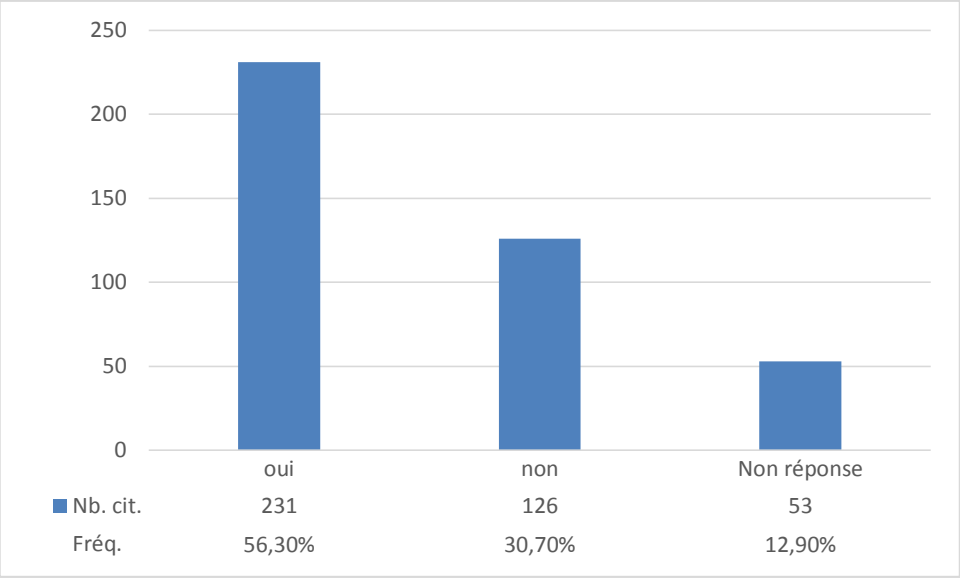
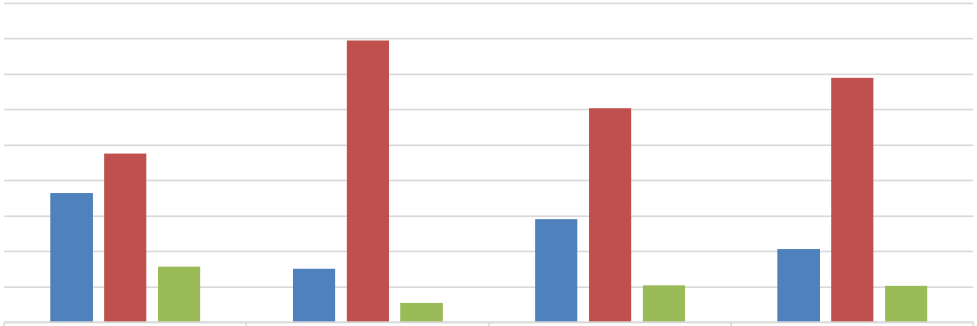


Tableau 41 : Formations managériales suivies par les encadrants

Notre diagnostic nous indique que seulement 56.3 % des encadrants ayant répondu au questionnaire ont suivi des formations managériales (nous avons un taux de 13 % de non-réponse). L'analyse plus fine de nos résultats indique des différences significatives selon les secteurs d'activité et l'ancienneté. Nous n'avons pas de différence significative selon le genre. Mais la composition de notre échantillon ne permet pas d'établir une distinction représentative. En ce qui concerne les secteurs d'activité, la population managériale la plus formée est celle de l'encadrement des cadres soignants. Or, le cursus de carrière impose une formation de cadre de santé sur 10 mois, validée par un diplôme ; l'accessibilité à la formation passe par un concours. Aussi, 79.5 % des cadres soignants ont suivi une formation managériale. Parmi cette population, 15 % déclarent ne pas en avoir suivi ; ce sont les cadres « faisant fonction », c'est-à-dire des infirmières le plus souvent pressenties pour passer le concours de l'école des cadres. Elles encadrent une équipe sans avoir suivi de formations managériales.



	Secteur restauration collective	Secteur hospitalier, encadrement de soignants	Secteur hospitalier, encadrement d'équipes non soignantes	Secteur équipement transports
non	36,50%	15,10%	29,20%	20,70%
oui	47,70%	79,50%	60,40%	69,00%
Non réponse	15,80%	5,50%	10,40%	10,30%

Tableau 42 : Formations suivies par les encadrants, comparaison par secteurs d'activité

Á l'inverse, les encadrants de la restauration collective représentent la population qui a suivi le moins de formations managériales : 36.5 % déclarent ne pas en avoir suivi (29 % pour les encadrants non soignants de l'hôpital et 21 % du secteur logistique transport).

Analyse du contenu des formations managériales suivies par les encadrants

189 encadrants sur les 231 ayant répondu avoir suivi des formations managériales ont cité les formations suivies. 36 d'entre eux ont nommé 2 à 3 sujets de formation. Nous avons donc un total de 233 réponses sur des thèmes de formation perçues comme « managériales » par les encadrants.

Types de formations	Intitulés des formations citées	Nombre de citations	Pourcentage
Cursus de formations managériales sur plusieurs modules	École des cadres pour les cadres soignants hospitaliers	30	12.8 %
	Professionnalisation de l'encadrement pour le secteur logistique	10	4.3 %
Management d'une équipe	Manager une équipe au quotidien	98	42 %
	Management intergénérationnel	13	5.5 %
	Management éthique	3	1.3 %
	Personnaliser son management	1	0.43 %
	Conduite de réunion	1	0.43 %
Développement personnel	Gestion de conflit	26	11 %
	Communication (PNL, Analyse Transactionnelle)	5	2 %
	Gérer son stress	4	1.7 %
	Gérer son temps	4	1.7 %
	Apprendre à dire non	1	0.43 %
Gestion des ressources humaines	Entretien d'évaluation	11	4.7 %
	Formation de formateur	4	1.7 %
	Formation de tuteur	2	0.85 %
	Gestion des compétences	1	0.43 %
	Recrutement	1	0.43 %
	Législatif	1	0.43 %
Gestion de l'activité	Qualité, gestion du stock, chef gérant restauration et hôtellerie pour le secteur de la restauration collective	13	5.6 %
Prévention des risques psychosociaux	Harcèlement (volet législatif)	1	0.43 %
Divers	Gestion de groupe	1	0.43 %
	Approche systémique	1	0.43 %
	Intervention en situation de crise	1	0.43 %
Totaux		**233**	**100 %**

La plupart des encadrants ayant suivi une formation ont été formés au management d'équipe (98 sur les 231, soit 42 %). C'est essentiellement le cas pour les encadrants de la restauration collective qui suivent ce module en général dans l'année suivant leur prise de fonction auprès d'une équipe. Cette formation est de 3 jours ; elle est assurée par des formateurs internes à l'entreprise. Les objectifs sont essentiellement une clarification du rôle de responsable d'équipe et les clés d'une motivation des équipes. Lors de ces formations, l'accent est mis sur l'atteinte

des objectifs stratégiques et économiques de l'entreprise. Sur ces trois jours, le contenu de la formation vise les apprentissages suivants :

- La définition et le suivi des objectifs
- L'adaptation de son style de management aux situations rencontrées
- Faire face aux situations difficiles et gérer les conflits

Ces formations semblent renforcer des approches managériales inter-individuelles sans chercher à aborder l'énigme du travail. Par exemple, lors d'une session de formation, trois des participants, encadrants dans la restauration collective, venaient de suivre une formation à la gestion du temps. Nous les avons sollicités pour partager, avec leurs collègues, les « trucs et astuces » qu'ils avaient retenus lors de cette formation. Deux consignes avaient été particulièrement retenues :

- 1 - Pour ne pas perdre de temps lorsqu'un membre de l'équipe sollicite l'encadrant, le « truc » est de le recevoir debout, de ne pas s'asseoir, afin de gagner du temps.
- 2 - Lorsqu'un collaborateur sollicite l'aide de l'encadrant, le formateur aurait conseillé de ne pas répondre tout de suite mais d'attendre qu'il appelle au moins deux fois. En règle général, le problème est résolu sans que l'encadrant n'ait à intervenir…

Un seul intitulé de formation concerne la prévention des risques psychosociaux, le « harcèlement ». L'unique encadrant ayant suivi cette formation nous a expliqué que cette notion avait été abordée par un juriste.

En ce qui concerne les cadres soignants à l'hôpital, 30 d'entre eux ont cité la formation suivie à l'école des cadres sur 10 mois. Par contre, nous souhaitons discuter les objectifs de ces formations. Par contre, les objectifs de ces modules de formation sont essentiellement centrés vers le management de projet. Le programme de ces formations est présenté en annexe 3. Cette formation a pour ambition de favoriser une culture et un langage commun dans le secteur médico-social, mais le contenu des formations ne semble pas donner des outils de prévention ou de gestion des risques psychosociaux aux encadrants (ce qui nous a été confirmé dans nos échanges avec les cadres).

Lorsque nous analysons les intitulés de formation issus des questionnaires, nous pouvons nous poser la question des acquis lors de ces formations pour prendre en compte les risques psychosociaux. Aucune des formations citées ne concerne le thème de la prévention des risques psychosociaux (ou de la santé au travail des équipes) ; sauf pour un encadrant qui a suivi une formation sur le harcèlement. Pour en avoir parlé avec lui, la formation, d'une journée, avait

été assurée par un avocat dont l'objectif était de faire prendre conscience des risques juridiques aux encadrants. Seules les formations sur la gestion des conflits, suivies par 26 encadrants sur les 189 ayant cité des formations peuvent éventuellement leur donner des outils sur la gestion (voire la prévention) des tensions relationnelles au sein des équipes.

3.1.3.2. Les soutiens sociaux

Dans notre étude, nous avons choisi d'interroger les personnes « ressources » sollicitées par les encadrants en situation perçues comme des risques psychosociaux. La formulation est ouverte : **« Quelles sont les personnes « ressources » que vous sollicitez spontanément pour vous aider à résoudre ces problématiques ? »**

Nous avons ensuite classé les différentes personnes sollicitées sachant que 29 %, soit 120 encadrants sur 410 n'ont cité aucune personne ressource lorsqu'ils se trouvent confrontés à des situations de risques psychosociaux.

Personnes ressources sollicitées en situation de risques psychosociaux (question ouverte dans le questionnaire)	**Pourcentage**
Non réponse	29.2 %
Le supérieur hiérarchique	51.7 %
Les collègues	16.1 %
Le directeur des ressources humaines	15.6 %
Autre	12.7 %
Médecin du travail	3.9 %
Psychologue du travail	1.5 %

Tableau 43 : Personnes ressources sollicitées par les encadrants dans la prévention des risques psychosociaux

Nous constatons que le supérieur hiérarchique direct est prioritairement sollicité en cas de difficultés dans le management d'équipe : 51.7 % de l'ensemble des répondants font appel à leur propre encadrant. Ce sont ensuite les collègues qui sont cités à 16.1 %, pratiquement à l'identique des directeurs des ressources humaines interpellés pour 15.6 % par des encadrants.

Le supérieur hiérarchique est unanimement sollicité, quel que soit le secteur d'activité. Par contre, pour les autres personnes ressources, le soutien social est variable selon l'implication et la présence de ces ressources au sein des établissements.

Les médecins du travail sont inégalement sollicités, en fonction de leur présence ou pas dans les établissements, mais également en fonction de leur implication sur les questions de risques psychosociaux qui peut être très variable d'un médecin à l'autre. Ainsi, dans le secteur de la restauration collective, seulement 5.4 % des encadrants le considèrent comme une ressource alors que les encadrants de soignants sont 11 % à le solliciter. Dans le secteur de la logistique, le médecin du travail était considéré par les encadrants comme défendant sans discernement les salariés, il est sollicité par 3.4 % des encadrants.

Ainsi, la psychologue du travail est citée seulement dans le secteur hospitalier ; en effet, dans les secteurs de la restauration collective et de la logistique de transport, cette ressource n'existe pas en interne. Nous pouvons regretter que les psychologues du travail présents dans tous les établissements de santé où nous sommes intervenue, soient si peu sollicités par les encadrants. Comment perçoivent-ils notre métier ? Nos échanges avec les cadres montrent qu'ils ont tendance à penser que l'écoute des salariés oriente notre positionnement dans leur défense inconditionnelle sans percevoir que notre métier, en santé au travail, est particulièrement de recréer du lien.

Par contre, nous notons que 53.4 % des encadrants de soignants considèrent leurs collègues comme des personnes ressources (25 % pour les encadrants de non-soignants en secteur hospitalier) alors que 5.4 % des encadrants du secteur de la restauration collective et 3.4 % des encadrants de la logistique sollicitent leurs collègues en cas de difficulté. Pour avoir côtoyé ces différents encadrants, ces chiffres ne nous étonnent pas. En effet, les cadres soignants, quels que soitent les établissements, conservent une proximité avec leurs collègues encadrants. Une attention est portée à la qualité des échanges conviviaux (temps de café où les gâteaux maison circulent très souvent). Dans ce secteur, l'entraide est une nécessité pour tous. Le contexte économique de ces établissements de santé les oblige à inventer, trouver des solutions, pour que le système de soins fonctionne malgré la diminution conséquente des moyens, notamment au niveau du remplacement des salariés. Aussi, la solidarité devient indispensable et conserver de bonnes relations avec ses collègues un impératif pour faire face aux difficultés et aux urgences des décisions. Nous pouvons faire l'hypothèse que le soutien social entre pairs participe au fonctionnement des hôpitaux soumis à de nombreuses contraintes politiques et institutionnelles.

Au contraire, dans le secteur de la restauration collective, les encadrants ont très peu l'occasion de se retrouver entre pairs. Environ une fois par an, une réunion les regroupe, mais le plus souvent pour recevoir des informations institutionnelles. Ils ne sont pas sur les mêmes lieux géographiques (parfois distants de plusieurs kilomètres) et ils interviennent dans des secteurs où les difficultés d'encadrement peuvent être très différentes (milieu scolaire où le personnel est constitué d'agents de la mairie, milieu de la restauration d'entreprise aux prises avec les exigences des clients, milieu de la restauration dans le secteur de la santé où ils doivent proposer des menus variés). Dans le secteur de la restauration collective, les encadrants ont le plus souvent cité leur supérieur hiérarchique, qui est leur lien avec leur entreprise. Par contre, nous avons eu en formation ces encadrants d'encadrants, qui ont partagé leur regard sur les sollicitations de leurs « chefs gérants ». Les mots étaient durs et peu soutenants : « *Nous ne sommes pas leur nounou.* », « *Il faut qu'ils apprennent à se débrouiller seuls*. », « *On ne va pas leur tenir la main jusqu'à leur retraite*. ». Sur le temps de notre intervention dans ce secteur (sur 3 ans environ), nous avons constaté une évolution dans la charge de travail des supérieurs hiérarchiques qui les a éloignés de leurs équipes. Aussi, ces réflexions sont très certainement des stratégies de défense pour « gagner du temps » pris sur le temps de soutien de leurs « chefs gérants ». Un encadrant de proximité a d'ailleurs écrit sur un des questionnaires : « *Avant, il y a 10 ans, mon chef de secteur était une ressource, maintenant, je garde pour moi, car je ne serais pas compris par mon chef de secteur* »

Dans le secteur de la logistique de transport, les collègues sont peu cités comme ressources sociales : 3.4 %. Lors de nos formations, l'entreprise connaissait un changement organisationnel qui avait pour conséquence de mettre les encadrants en concurrence. Les résultats de notre diagnostic mettent en évidence ce manque de solidarité entre les cadres.

L'analyse des « autres » personnes ressources sollicitées lorsque les encadrants ont des difficultés présente des caractéristiques insolites. Tous les « autres » sont extérieurs à l'entreprise sauf un seul encadrant qui a cité les partenaires sociaux (ce qui interroge la place des représentants du personnel dans la gestion de ces situations). Parmi les différentes ressources citées sous le vocable « autre », nous avons essentiellement le conjoint, la famille, parfois les amis. Mais certains encadrants ont également cité des savoirs comme ressources : « la pyramide de Maslow et différentes méthodes managériales », « le bouddhisme », « l'humour » et, il nous est difficile de le classer… « Dieu ».

Les résultats de notre étude nous permettent de constater que les encadrants sollicitent peu de soutiens sociaux pour répondre aux difficultés engendrées par des situations de risques psychosociaux. Ces soutiens peuvent être variables selon les ressources institutionnelles mises en place et celles-ci tiennent le plus souvent à la volonté d'une direction engagée dans la prévention de la santé au travail (avec le recrutement de ressources internes et le renforcement des moyens des services médico-sociaux). La prévention tertiaire, même si elle est parfois décriée, est également essentielle dans un projet de développement de la santé au travail. Par contre, elle doit s'adresser à tous les professionnels et notamment les encadrants, dans la gestion de leurs équipes.

Ce diagnostic sur les soutiens sociaux des encadrants tend à démontrer l'importance de cette ressource dans des contextes d'évolutions stratégiques, politiques et organisationnelles que connaît le secteur hospitalier notamment aujourd'hui. Nous pouvons faire l'hypothèse que le soutien social entre pairs participe au fonctionnement du système.

Synthèse de l'étude 1 : Les représentations des encadrants sur les risques psychosociaux, leur fréquence d'exposition et les ressources formatives et sociales

L'objet de notre recherche porte sur les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Avant d'élaborer leur conception (étude 3), nous avons exploré les représentations des encadrants sur leur confrontation aux situations de risques psychosociaux ainsi que les ressources formatives qu'ils pouvaient mobiliser et les soutiens sociaux sollicités. Nous avons utilisé une méthode par questionnaire auprès d'encadrants en formation sur la thématique des risques psychosociaux. 410 questionnaires ont été traités ; ils sont issus de trois secteurs d'activité : la restauration collective est la plus fortement représentée : 63 % ainsi que la Fonction Publique Hospitalière, 30 % ; 7 % des répondants sont issus du secteur de la logistique de transport. Les situations proposées dans le questionnaire pour évaluer la fréquence d'exposition s'appuient sur les représentations des encadrants, c'est-à-dire ce qu'ils évoquent spontanément comme des risques en début de formation. Nous apportons les constats suivants :

. Les représentations des encadrants sur les risques psychosociaux sont principalement individualisées ;

. Lorsque les encadrants évoquent ces situations, des attitudes défensives émergent : ils font état de situations où ils subissent eux-mêmes ces situations.

D'ailleurs, en termes de fréquence, la situation qui évoque leur stress qui est majoritairement citée : 66 % des encadrants répondants déclarent vivre du stress qui les empêche de dormir. Les situations de violences externes sont ensuite les plus fréquemment citées : 59 % des encadrants ont reçu des plaintes d'un membre de l'équipe confronté à cette situation. De notre point de vue, ces situations sont sous-estimées lorsque du personnel est en contact avec du public dans les plans d'action de prévention. Une attention particulière à la formation des encadrants pour soutenir une équipe (dans la prévention, comme dans la gestion de ces situations) devrait être envisagée. La troisième situation la plus fréquemment citée est la confrontation d'un encadrant à une équipe hostile lors de son intégration. 52 % des encadrants ont vécu cette situation au moins une fois au cours de leur carrière, sans différence significative entre les secteurs d'activité. Par contre, les situations d'agressions verbales entre un encadrant et un membre de l'équipe sont plus fréquentes dans le secteur hospitalier pour les encadrants d'équipes non soignantes : 67 % d'entre eux ont vécu cette situation au moins une fois au cours de leur carrière (52 % dans l'ensemble des secteurs). Enfin, une question interroge la posture de l'encadrant,

éventuellement à l'origine d'un risque psychosocial : 37 % d'entre eux ont fait partir (démissionner) un membre de leur équipe à la demande d'une direction. Cette situation est plus fréquente dans le secteur de la restauration collective (45 %), mais elle est aussi citée dans le secteur public hospitalier : 27 % par les encadrants d'équipes soignantes et 29 % par les encadrants d'équipes non soignantes.

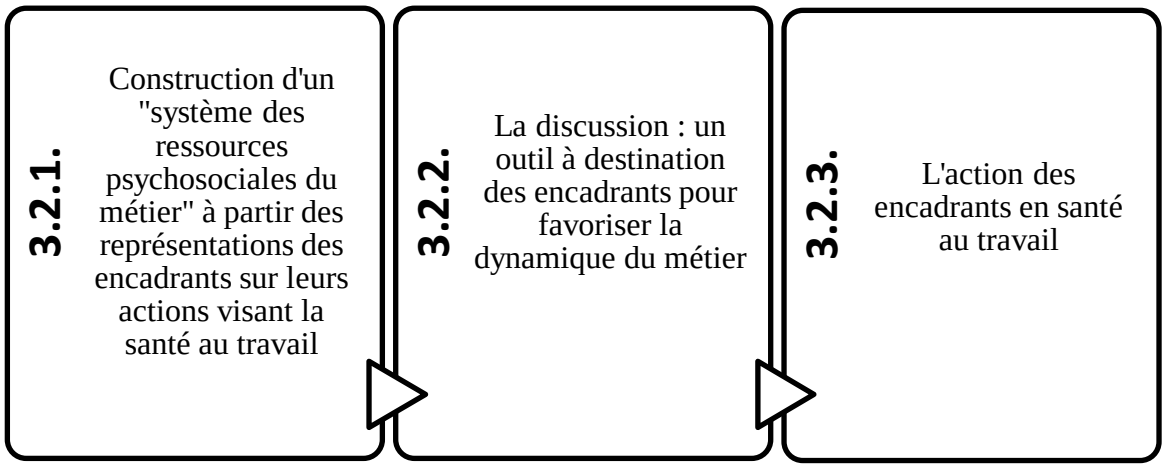
Les ressources formatives pouvant aider les encadrants à soutenir la santé des équipes ne semblent pas opérationnelles, sachant que seuls 56 % des répondants ont suivi au moins une formation managériale. 50 % des formations citées concernent le mangement au quotidien d'une équipe. Seul un répondant a cité une formation spécifique à la conduite de réunion. La mise en discussion du travail n'apparait pas comme une compétence managériale prioritaire.

Confrontés à ces situations perçues comme des risques psychosociaux, les encadrants sollicitent principalement leur hiérarchie directe sauf pour les encadrants du secteur hospitalier qui s'appuient, dans un premier temps, sur leurs pairs.

Signalons que nous n'avons pas noté de différences significatives entre les encadrantes et les encadrants, sauf pour les situations d'agression physique entre un encadrant et un membre de son équipe ; ces situations étant majoritairement rencontrées par des encadrants masculins. Par contre, la taille des équipes semble avoir une influence sur la fréquence d'exposition aux situations de stress. Peut-être faut-il envisager un « seuil critique » au-delà duquel l'encadrant aura des difficultés à concilier la santé et la performance.

Ainsi, ce ne sont pas les situations les plus médiatisées, comme le harcèlement ou le suicide, qui sont les plus fréquentes alors qu'elles sont régulièrement le phénomène déclencheur d'une action de formation pour les encadrants (ce qui a été notre cas pour l'intervention auprès du secteur de la restauration collective). Orientée sur le volet « hygiéniste », l'action des encadrants en santé au travail peut s'avérer « risquée ». Les situations de tensions relationnelles et organisationnelles qui apparaissent dans cette analyse, concernent la fonction de régulation d'une équipe et non pas la détection de personnalités « fragiles » ou « suicidaires ». Les difficultés du métier d'encadrant et les implications négatives sur leur santé émergent des résultats de cette étude. Les processus d'intervention doivent se concevoir dans une dynamique systémique soutenant la santé des équipes, mais aussi, celle de l'encadrant.

3.2. ÉTUDE 2 : Le Système des Ressources Psychosociales du métier et sa dynamique par la discussion du travail



« Le métier, c'est se plier en quatre. C'est faire de l'acrobatie. »
Une aide-soignante d'un service d'EHPAD

Dans le chapitre précédent, nous avions pour objectif de valider notre première hypothèse de recherche, à savoir que la notion de risques psychosociaux est peu opérante pour construire des liens entre l'objet de la santé au travail et l'action des encadrants. Nous avons utilisé un questionnaire pour évaluer les situations perçues par les encadrants comme des situations de risques psychosociaux et les ressources formatives et sociales qui peuvent les aider à être acteurs dans la construction de la santé de leurs équipes. L'analyse des résultats valide notre première hypothèse et nous invite donc à étudier nos matériaux de recherche lorsque nous interrogeons les encadrants sous l'angle des ressources en termes d'action en lien avec la santé de leurs équipes.

Ainsi, notre deuxième étude propose de changer l'angle de réflexion des encadrants en recueillant auprès d'eux leurs représentations sur les leviers d'actions qui leur permettraient de construire de la santé auprès de leurs équipes. Nous verrons que lorsque nous abordons les problématiques de santé par l'action, les encadrants font preuve de créativité. Les données vont nous permettre

- de proposer une articulation des ressources classées dans les quatre registres du concept psychologique de métier proposé par Clot (2006),
- d'articuler les réalités subjectives et objectives du travail
- d'élaborer un système permettant de produire de la connaissance sur les actions des encadrants visant la santé au travail.

Après avoir expliqué le contexte de notre recherche et l'adaptation de notre méthodologie, nous utiliserons les matériaux recueillis pour tenter de construire ce que nous appellerons un Système des Ressources Psychosociales du Métier. Nous verrons que non seulement les représentations des encadrants sur leurs marges d'action visant la santé nous permettent d'élaborer ce système, mais que la discussion du travail permet la dynamique de ce système. Nous confirmons ainsi les travaux de Clot (2008) : la vitalité du métier par la discussion. Notre troisième partie nous permettra de commencer à préciser l'action des encadrants en santé au travail notamment en précisant le concept de management par la discussion (Detchessahar, 2013).

3.2.1. Construction d'un Système des Ressources Psychosociales du Métier à partir des représentations des encadrants sur leurs actions visant la santé au travail

Notre précédente étude nous a permis de rencontrer les limites de la notion de risques psychosociaux pour construire des liens entre la santé au travail et l'action des encadrants. Aussi, nous souhaitons tester l'opérationnalité du concept psychologique du métier développé par Clot pour produire de la connaissance sur le développement des ressources psychosociales, facteurs de santé. Puis, lors de la troisième étude, nous nous appuierons sur celles-ci pour concevoir des interventions soutenant l'action des encadrants.

Pour produire ces connaissances sur les ressources psychosociales, nous avons mis en place des focus group à destination d'encadrants en formation afin de recueillir leurs représentations sur leurs actions visant la santé au travail. La première partie présente le contexte de l'étude. Dans un deuxième temps, nous analyserons nos données en les mettant en lien avec le concept psychologique du métier de Clot. La troisième partie va observer la dynamique des ressources psychosociales du métier par la discussion du travail. Elle nous permettra de proposer un Système des Ressources Psychosociales du métier et de préciser l'action des encadrants en santé au travail dans le développement des ressources psychosociales du métier des équipes.

3.2.1.1. Mise en place de focus groups pour faire émerger les représentations des encadrants sur les actions en santé au travail

La notion de risques psychosociaux nous semblant peu opérante, et avant de concevoir des interventions auprès d'encadrants pour développer leurs compétences en santé au travail, nous voulions explorer leurs représentations en termes d'action. Il nous fallait comprendre les écarts entre leurs propres connaissances et celles acquises dans le domaine de la recherche en santé

au travail. Nous souhaitions également, à partir de leurs représentations sur les actions visant la santé, valider un postulat de notre recherche :

- Le concept psychologique du métier est opérant pour produire de la connaissance sur les liens entre les actions des encadrants et la santé des équipes.

Pour produire cette connaissance, nous avons utilisé nos interventions professionnelles formatives sur le thème de la prévention des risques psychosociaux auprès d'encadrants. Nous avons choisi de créer des espaces de discussion entre encadrants, sans l'intervention du chercheur, afin d'induire le moins de biais possible (notamment en termes de désirabilité sociale, biais qu'il a été difficile d'éliminer entièrement, car nous avons constaté que ce biais existait aussi entre eux et pas seulement vis-à-vis de l'intervenant).

Notre méthodologie a été testée auprès de groupes d'encadrants du secteur de la restauration collective. Puis elle a été reproduite dans les secteurs de la Fonction Publique Hospitalière et de la logistique de transport. Au total, nous avons conçu 33 groupes auprès desquels nous avons recueilli les matériaux qui sont analysés dans cette recherche.

Secteurs d'activité	**Nombre de groupes dans l'échantillon de référence**
Secteur restauration collective	19
Secteur hospitalier soignants	8
Secteur hospitalier non soignants	3
Secteur logistique	4
Total	**33**

Tableau 44 : Présentation des focus group

Comme pour la population ayant répondu aux questionnaires sur les situations perçues comme des risques psychosociaux, le secteur d'activité de la restauration collective est représenté majoritairement à 58 % ; le secteur hospitalier à 24 % et le secteur logistique à 12 %.

La difficulté a été de trouver la bonne formulation de notre questionnement auprès des groupes d'encadrants. Après plusieurs essais auprès de groupes tests, nous avons choisi la question qui permettait une production la plus riche et c'est par la notion de **bien-être** que nous chercherons les moyens d'agir sur la **santé** :

- « Que peut faire un encadrant pour favoriser le **bien-être** de ses équipes ? »

Nous avons testé cette question avec le terme de « **santé** » et les réponses des encadrants se limitaient à un repérage des personnes en difficulté et une orientation extérieure (médecin du travail, psychologue…). Le terme de « **qualité de vie au travail** » a également été tenté et les actions s'en tenaient à la conciliation vie privée – vie professionnelle (aménagement des horaires, attention aux plannings des congés…). Nous n'avons pas testé avec le terme de « **risques psychosociaux** ». Si on peut nous le reprocher dans le cadre de cette recherche, l'utilisation de ce terme aurait renvoyé les participants à leur méconnaissance du sujet et les aurait mis difficulté, ce qui nous aurait confrontés à un conflit déontologique.

Pour chacun des groupes en formation, les encadrants se réunissaient en deux sous-groupes (soit 4 à 6 encadrants par sous-groupes) pour débattre collectivement de la question. En tant qu'intervenante, nous avons choisi de nous éloigner pendant ce temps de débat entre pairs afin de ne pas orienter leurs réponses. Nous ne sommes jamais intervenue dans les débats. La production des deux sous-groupes était mise en commun par un encadrant désigné pour présenter la synthèse. Les idées des deux sous-groupes étaient notées sur une feuille de papier que nous avons récupérée pour l'analyser dans le cadre de cette recherche.

Nous avons eu une participation active de l'ensemble des groupes et, même si la production de matériaux pouvait être variable selon les groupes, tous les échanges ont été animés par la controverse professionnelle. Ces espaces ont permis aux encadrants d'échanger sur leurs activités d'encadrants. En cela, notre méthodologie s'inscrit dans le courant de la clinique de l'activité « faire travailler nos interlocuteurs pour « soigner » le travail, afin que l'organisation saisisse sur le vif qu'ils sont des êtres humains toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire avec eux quelque chose d'autre que ce qu'ils font d'habitude, qu'à condition de rendre transformable ce qu'ils font d'habitude. Et ce, par une activité dialogique su le travail, par une activité sur l'activité, par une activité « au carré ». (Clot, 2006, p. 169). Ainsi, notre intervention a non seulement permis de recueillir des matériaux de recherche qui vont être maintenant analysés, mais elle a eu également comme objectif « d'une activité sur l'activité » des encadrants, afin de transformer leur travail.

En ce qui concerne le recueil des matériaux, 803 représentations ont été recueillies que nous appellerons indifféremment « items » ou « représentation » dans le cadre de notre analyse. Un de nos objectifs de recherche était de construire un système des ressources psychosociales à partir du concept du métier de Clot. Aussi, nous avons demandé à deux psychologues du travail

et psychosociologue de classer ces items dans les différentes instances du métier (dimensions Personnelle, Impersonnelle, Interpersonnelle, Transpersonnelle). Nous avons nous-mêmes participé à ce classement. Nous tenons à les remercier, à nouveau, pour leur contribution :

Christine Faure Patras dispose d'un master 2 en psychologie du travail et des organisations. Après avoir exercé des activités opérationnelles en ressources humaines, dans l'industrie, elle intervient comme consultante formatrice pour accompagner les changements et transitions individuels, collectifs et/ou organisationnels. Les sujets comme la construction de l'identité professionnelle individuelle et collective, la montée en compétences en management sont les thématiques qu'elle travaille avec des professionnels, des équipes et des directions. Elle collabore avec diverses organisations afin de développer la santé au travail en détectant et développant les ressources psychosociales. Tout en prenant en compte les risques, elle enrichit actuellement son approche par les apports de la psychologie positive ainsi que la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Carole Charras possède une licence bi-disciplinaire en psycho-sociologie et un master de sociologie du travail et des organisations. Elle s'intéresse à la question de la professionnalité, c'est-à-dire aux processus sociologiques et psychologiques de construction et d'approfondissement des compétences et des savoirs nécessaires à la pratique d'un métier. Elle accompagne les personnes dans l'élaboration de leur projet professionnel et des équipes dans l'analyse de leur pratique. Enfin, elle intervient régulièrement auprès des organisations sur la question de la Qualité de vie au travail.

Le classement a été supervisé par Thierry Gaubert.

Thierry Gaubert, Psychologue du travail, a conçu et développé des méthodologies d'analyse du travail et d'élaboration de l'expérience dans le cadre de dispositifs d'accompagnements des changements organisationnels et des transitions professionnelles. Après avoir exercé différentes responsabilités notamment au CNAM Rhône Alpes sur la filière de la psychologie du travail, ses interventions s'inscrivent aujourd'hui dans la formation des consultants et des managers aux outils de développement de la créativité individuelle et collective dans le champ du Travail et des Organisations. Il a contribué à l'ouvrage « Manuel de psychologie du travail et des organisations » (2012) ; sa compréhension d'un « métier vivant » est citée dans ce travail de recherche.

Nous allons dans un premier temps analyser les représentations qui ont été classées dans les différentes instances du métier par les psychologues. Nous précisons que ce travail de classement s'est fait en individuel et que nous avons retenu seulement les items classés unanimement par les psychologues sans concertation ou discussion collective. Aussi, sur les 805 items, 493 ont été classés dans les instances du métier.

Nous précisons que nous parlerons dans cette étude des représentations concernant les « moyens d'action » et pas de pouvoir d'agir au sens défini par Clot (2008). En effet, cet auteur distingue la marge de manœuvre individuelle et le « pouvoir d'agir » comme puissance virtuelle (2015), en référence aux travaux notamment de Rabardel (2005). Le pouvoir d'agir tel que défini par Clot est toujours effectif. Aussi, dans les espaces de discussion que nous avons organisée pour recueillir une parole sur l'action visant la santé des équipes, il s'agit des représentations des moyens d'agir sur le développement des ressources du métier des équipes. Fidèle à la pensée de Clot, nous n'utiliserons donc pas le terme de « pouvoir d'agir » puisque notre méthodologie ne nous permet pas de l'observer en action (dans le faire ou dans l'empêchement).

	Instance Impersonnelle	**Instance Interpersonnelle**	**Instance Personnelle**	**Instance Transpersonnelle**	**Totaux**
Nombre de représentations classées dans les instances du métier	71	268	153	1	493
Pourcentage de la répartition des représentations classées dans les instances du métier	14.4 %	54.4 %	31 %	0.2 %	100 %

Tableau 45 : Classement des différentes représentations dans les registres du métier

Nous allons, dans un premier temps, analyser ces résultats, ce qui nous permettra de préciser les ressources psychosociales du métier.

312 items n'ont pas été classés dans les différentes instances du métier. Nous ferons une analyse des représentations d'actions managériales. Cette étude nous donnera la possibilité d'envisager différents niveaux d'action et de valider un des résultats de l'étude de Journoud et Pézé (2012) : « Tout n'appartient pas aux managers ». Mais l'analyse de ces matériaux nous permet également d'observer des ressources qui appartiennent aux instances du métier, mais qui

peuvent être analysées sous plusieurs aspects. Cette découverte va nous permettre d'examiner la construction des règles du métier et le rôle central de la discussion du travail. L'analyse de ces représentations difficilement « classables » dans le concept psychologique du métier constitue la deuxième partie de l'analyse de cette étude.

Dans la troisième partie, nous ferons le point sur ce que l'analyse de ces résultats nous apprend sur les actions des encadrants en santé au travail.

3.2.1.2. Les ressources psychosociales du métier

Dans cette partie, nous visons l'élaboration du Système des Ressources Psychosociales du métier, à partir de l'analyse de nos données de terrain obtenues lors de la mise en place d'espaces de discussion entre encadrants sur leurs représentations des leviers d'actions managériaux en santé au travail. Á partir des données recueillies, nous cherchons à produire de la connaissance sur l'articulation des ressources psychosociales des encadrants contenues dans les différentes instances du métier : Impersonnelle, Interpersonnelle, Personnelle et Transpersonnelle.

Nous posons ainsi le concept de « métier » comme objet de débat. La question du « métier » est ici abordée sous l'angle psychologique, c'est-à-dire composé de tous ses enjeux subjectifs en lien avec le travail. Si le travail peut se concevoir individuellement, le métier ne se conçoit jamais seul, il est histoire de gestes du travail individuels et collectifs. Clot (2008) nous propose une architecture du métier que nous allons dans un premier temps décomposer par instances. Nous étudierons ensuite sa dynamique par la discussion du travail.

Les moyens d'action des encadrants sur les ressources de l'instance Impersonnelle

Sur les 803 représentations des encadrants relevées lors des réflexions en groupes sur les liens entre la santé au travail des équipes et l'action managériale, 312 ont été classées dans les registres du métier par les psychologues du travail et 71 dans l'instance Impersonnelle, soit 14.4 % des ressources du métier.

Classement des items dans la dimension Impersonnelle du Métier	Nombre de citations par secteurs				
	Secteur restauration	**Secteur hospitalier encadrants de soignants**	**Secteur hospitalier encadrant de non-soignants**	**Secteur de la logistique**	**Total**
Favoriser l'organisation, la gestion du planning, limiter la surcharge de travail individuel et collectif, répartition des tâches, planifier le travail en fonction des difficultés, répartir les tâches	11	1	1	1	14
Bons outils de travail, moyens physiques et matériels adaptés, locaux et matériels adaptés, donner les moyens, donner les moyens (budget, formation, matériel)	5	3	2	3	13
Conditions de travail ergonomiques, veiller aux conditions de travail, conditions climatiques, bruit, température, parking, machine à café	4	4	3	1	12
Diriger, fixer les objectifs, organiser, structurer les tâches, définir les objectifs, clarifier les objectifs (pas de flou), donner de petits objectifs abordables	8	1	0	3	12
Définir et préciser le rôle de chacun, clarifier qui fait quoi, fiches de poste	3	1	0	2	6
Tenir les cadences de travail, gérer le temps	3	0	0	0	3
être en nombre suffisant	0	1	1	0	2
Respecter les horaires	2	0	0	0	2
Procédures	1	0	0	1	2
Plus de formation en gestion du matériel	0	1	0	0	1
Prendre le temps d'expliquer aux nouveaux	1	0	0	0	1
Totaux	**39**	**9**	**7**	**16**	**71**

Tableau 46 : Représentations des leviers d'action des encadrants classées dans la dimension Impersonnelle du métier

Dans la dimension Impersonnelle du métier, nous avons classé les ressources liées à l'organisation prescrite du travail. Nous pouvons les classer en différentes catégories :

- L'organisation des tâches entre les membres de l'équipe (20 % des items classés dans cette instance)
- Les moyens à fournir pour réaliser les tâches (18 % des items)
- Les conditions matérielles dans lesquelles s'exerce le travail (17 %)
- La fixation des objectifs (17 %)
- La définition des tâches au sein de l'équipe (8 %)

Se trouve ainsi définie l'action des encadrants dans un rôle fonctionnel qui est le rôle prioritaire d'après les auteurs auprès des équipes : planifier, répartir les tâches, donner les moyens, fixer les objectifs (Aubert et coll., 2009).

Toutefois, nous pouvons nous étonner de constater que le nombre d'items classés dans la dimension Impersonnelle, qui correspond au rôle premier des encadrants, soit aussi peu important. En effet, il représente seulement 14 % des items classés dans les 4 instances du métier. Plus étonnant encore, tous les groupes n'ont pas cité des moyens d'action managériaux liés à la prescription du travail.

Secteurs d'activité	**Nombre de groupes dans l'échantillon de référence**	**Nombre de groupes ayant cité des items classés dans l'instance Impersonnelle**
Secteur restauration collective	19	16
Secteur hospitalier soignants	8	3
Secteur hospitalier non soignants	3	2
Secteur logistique	4	4
Totaux	33	26

Tableau 47 : Nombre de groupes ayant cité des items classés dans la dimension Impersonnelle du métier

Nous avons donc 7 groupes d'encadrants sur 33 (soit 21 %) qui n'ont pas cité d'actions liées à l'organisation prescrite du travail. Parmi les groupes d'encadrants de soignants du secteur de la Fonction Publique Hospitalière, 37,5 % des groupes n'ont pas cité ces moyens d'action.

Peu de ressources citées par les encadrants dans cette instance au regard de leur rôle fonctionnel.

Que peut signifier cet écart entre la fonction régulatrice de la tâche prescrite des encadrants et le peu de représentations en termes de moyens d'action de cette fonction dans leurs actions en santé au travail ?

Nous pouvons penser que les encadrants ne perçoivent pas toujours que leurs actions sur l'organisation prescrite du travail ont un impact positif sur la santé de leurs équipes. Est-ce qu'ils perçoivent l'organisation du travail comme plus pathogène que participant à la construction de la santé de leurs équipes ? C'est une hypothèse que nous pouvons retenir. Toutefois, nous pouvons aussi nous interroger sur la perception qu'ont les encadrants de pouvoir agir sur la prescription du travail. Est-ce qu'ils ne l'ont pas cité, car ils se représentent avec peu de marges de manœuvre sur les aspects organisationnels du travail des équipes ?

Une approche plus collective qu'individuelle des ressources Impersonnelles

Nous souhaitons également faire une autre observation suite à l'analyse de ces matériaux. Lorsque nous avons interrogé les encadrants sur les situations perçues comme des risques psychosociaux, nous avons constaté qu'ils individualisaenit les problématiques. Au contraire, nous pouvons vérifier que lorsque nous les questionnons sur les actions mobilisatrices en matière de santé au travail des équipes, les moyens cités sont plus collectifs qu'individuels.

Les ressources Impersonnelles de l'encadrement visant la santé des équipes permettent la régulation liée à la tâche. Elles définissent les objets de l'action et les artefacts qui en accompagnent la réalisation.

« L'organisation du travail paraît centrale pour favoriser ces régulations collectives aboutissant à compenser les difficultés de la situation. » (Caroly, 2002, p. 3).

Or, pour se développer, l'activité va être « adressée ». Au-delà des ressources liées à l'organisation prescrite du travail, nous allons analyser les ressources des encadrants dans ce rôle « médiateur » entre l'organisation prescrite du travail et le réel des situations de travail. « Si l'activité n'est pas contenue en puissance dans la tâche – même si elle est guidée par elle – c'est que l'activité ne se définit pas seulement par son objet, qu'elle n'est pas uniquement dirigée vers l'objet. Elle est intrinsèquement dirigée vers l'activité des autres portant sur ce même objet dans la situation. » (Clot et Simonet, 2015, p.39)

Les moyens d'action sur les ressources de l'instance Interpersonnelle

Nous avons classé dans l'instance Interpersonnelle tous les moyens d'action recensés auprès des encadrants qui ont une action sur l'activité dirigée des équipes. Le métier « est également interpersonnel, car il ne saurait exister sans destinataire » (Clot, 2006, p. 167).

Cette dimension est la plus représentée des quatre instances du métier : 54 % des items classés dans les instances du métier sont classés dans la dimension Interpersonnelle. Nous pouvons également constater que tous les groupes d'encadrants ont cité des actions favorisant le bien-être des équipes qui ont été classées dans cette instance :

Secteurs d'activité	**Nombre de groupes dans l'échantillon de référence**	**Nombre de groupes ayant cité des items classés dans l'instance Interpersonnelle**
Secteur restauration collective	19	19
Secteur hospitalier soignants	8	8
Secteur hospitalier non soignants	3	3
Secteur logistique	4	4
Totaux	**33**	**33**

Tableau 48 : Nombre de groupes ayant cité des actions visant la santé des équipes classées dans l'instance Interpersonnelle

Nous pouvons en déduire que les encadrants se perçoivent acteurs dans l'activité dirigée, mais aussi qu'ils font des liens entre cette activité dirigée et la santé des équipes.

Quels sont les moyens d'action des encadrants que nous avons classés dans l'instance Interpersonnelle ?

Classement des items dans la dimension Interpersonnelle du Métier		Nombre de citations par secteurs				
		Secteur restauration	**Secteur hospitalier encadrants de soignants**	**Secteur hospitalier encadrant de non-soignants**	**Secteur de la logistique**	**Total**
Moyens d'action liés à la reconnaissance	Reconnaître, valoriser, valoriser le travail, valoriser les compétences,	**23**	**8**	**5**	**6**	**42**
	Remercier, féliciter son personnel, ne pas hésiter à remercier, leur dire que c'est bien	**10**	**3**	**0**	**2**	**15**
	Récompenser	4	0	0	0	4
	Complimenter	2	0	0	0	2
	Croire aux possibles de l'autre	0	1	0	0	1
	Encourager	0	0	0	1	1
	Proposer des évolutions professionnelles, évolutions de carrière	2	1	0	1	4
	Faire évoluer son équipe	1	0	0	0	1
	Faire connaître les succès de son équipe, valoriser les pratiques	1	1	1	1	4
	Partager les réussites	0	0	0	2	2
Moyens d'action favorisant les marges de manœuvre, l'autonomie	Faire participer les équipes aux projets, fédérer sur des projets simples, les proposer pour de nouveaux projets (les faire évoluer)	**4**	**9**	**3**	**5**	**21**
	Associer, faire participer à la prise de décision	3	2	1	1	7
	Les aider à être autonomes, les accompagner, les aider à se questionner, aider à identifier le problème, responsabilisation	5	4	1	4	10
	Laisser une marge de manœuvre (planning)	0	1	1	0	2
	Demander si propositions, les reconnaître comme force de proposition	0	1	1	0	2
	Avoir leur retour face à la gestion de situation sur le comment faire	0	0	1	1	2
	Décision collégiale	0	1	0	0	1
	Déléguer, associer	9	0	0	2	11

Actions de soutien vis-à-vis des équipe,s mais dans l'équipe	Accompagner, prendre en compte les difficultés	**4**	**2**	**3**	**5**	**14**
	Créer du lien social	1	1	0	0	2
	Entraide	3	0	0	0	3
	Les accompagner dans les démarches qu'ils entreprennent, assister son personnel	4	0	0	0	4
	Les soutenir devant le client	1	0	0	0	1
	Trouver des solutions	1	0	0	0	1
Moyens d'action pour favoriser les ressources psychosociales : échanges, espaces et communication	Favoriser les échanges informels, café, sorties conviviales, soirées, créer un évènement (café), pauses, apéro, anniversaires, pauses en commun	**12**	**9**	**4**	**4**	**29**
	Communiquer par tous les moyens (staff, transmission, moment informel), expliquer, informer	**12**	**4**	**0**	**3**	**19**
	Faire des réunions régulières en proposant un point divers au personnel, favoriser l'échange, permettre la discussion, laisser la parole, laisser un temps d'échange, donner la parole, recueillir les points de vue, amener une réflexion	**9**	**8**	**2**	**1**	**20**
	Espaces de parole individuels et collectifs	**6**	**5**	**0**	**3**	**14**
	Savoir organiser les remises en question collectives	1	0	0	0	1
Moyens entretenant le lien entre les équipes et l'encadrant : le positionnement managérial vis-à-vis des équipes	Proximité avec les équipes, se positionner dans la relation, montrer que le responsable est avec eux (2),	3	1	0	0	4
	être à côté de et pas seulement diriger, ne pas apporter la solution	0	1	0	0	1
	Se renseigner sur la vie des personnels,	2	0	0	0	2
	Tenir compte des individualités	1	1	0	0	1
	Faire un retour aux questions,	1	0	0	1	2
	Management participatif	0	0	0	1	1
	Cohésion, unification lors d'événements, fédérer	3	1	0	2	6

Tableau 49 : Les représentations classées dans l'instance Interpersonnelle

Les actions liées à la reconnaissance du travail

Ce sont essentiellement les moyens d'action favorisant la reconnaissance du travail d'autrui qui sont cités majoritairement puisque 54 % des items classés dans cette instance (soit 268 représentations) les concernent. Ainsi, les encadrants perçoivent essentiellement la reconnaissance du travail d'autrui comme un levier d'action favorisant la santé des équipes.

Dans ce classement, les items de la reconnaissance sont des actions qui laissent entrevoir l'importance de la proximité avec les équipes où l'encadrant va « reconnaître », « valoriser » le travail. En ce qui concerne les moyens de la reconnaissance, les encadrants citent les évolutions de carrière. Mais ces moyens de reconnaissance individuelle sont cités seulement 4 fois sur les 33 groupes. Nous pouvons observer que ce sont les moyens de reconnaissance collective qui sont majoritaires (« faire connaître les succès de son équipe », « partager les réussites » « faire évoluer son équipe »). Ainsi, pour favoriser le bien-être de son équipe, il semble que la proximité avec l'équipe semble essentielle pour les encadrants afin de « reconnaître » le travail. Il perçoit son action en santé au travail dans une activité managériale qui rend visible le travail et le travail collectif.

Les actions favorisant la marge de manœuvre et l'autonomie des équipes

Les actions citées après les actions sur la reconnaissance sont celles qui permettent aux équipes de développer leur autonomie. 21 % des items classés dans l'instance Interpersonnelle citent cette ressource.

Les encadrants semblent avoir une vision « démocratique » des actions visant la santé des salariés.

Nous pouvons faire un parallèle avec l'analyse des résultats concernant l'étude des situations perçues comme à risque psychosocial par les encadrants. Nous avions observé qu'ils individualisaient le risque et qu'ils le percevaient comme une contrainte dans l'atteinte des objectifs. Or, les actions managériales visant la santé des équipes se perçoivent comme des actions favorisant le partage de la prise de décision, c'est-à-dire avec une vision collective, où les équipes sont perçues comme actrices dans le processus conduisant à l'atteinte des résultats. Toutefois, nous pouvons constater que les groupes du secteur de la restauration collective sont

moins nombreux à citer cette action. Alors que les encadrants de personnel soignant sont plus nombreux à mentionner ce moyen d'action. Nous faisons un lien avec les formations suivies par ces encadrants. Nous avons vu que les cadres de santé ont majoritairement suivi des formations managériales et que le contenu de leur formation favorisait le management par projets, à la différence du secteur de la restauration collective où les formations ont des objectifs plus opérationnels, visant l'atteinte des résultats en termes de production.

Pour illustrer nos propos, nous relatons un échange avec un groupe d'encadrants en formation. Nous abordions leurs actions lorsqu'ils se trouvaient confrontés à un salarié qui n'avait pas réalisé le travail attendu. Nous avions pour intention d'échanger avec ces encadrants sur le comment mettre en discussion le travail de l'autre. Notre exemple n'a pas été entendu en ce sens puisqu'un encadrant a répondu, approuvé par les autres, que dans cette situation il convenait d'appliquer la technique du sandwich. Devant notre perplexité, une majorité de participants nous a expliqué la « technique du sandwich » à appliquer en situation de recadrage d'un salarié. Nous retranscrivons les propos : « Facile, vous commencez par féliciter, c'est-à-dire que vous lui dites ce qu'il fait de bien. Ça c'est la première couche. Mais après vous l'assaisonnez (traduction : vous le disputez vivement). Puis ensuite, vous fermez le sandwich. Vous êtes sympa. » Les « recettes managériales » ont tendance à infantiliser la relation encadrant et salarié. D'ailleurs, une observation plus fine de nos items classés dans l'instance Interpersonnelle laisse apparaître l'utilisation de verbes d'action plus infantiles dans ce secteur que dans les autres : « récompenser », « complimenter », « assister son personnel », « se renseigner sur la vie de ses personnels ». Nous pouvons envisager que cette vision des actions managériales favorise moins la perception d'actions liées à la marge de manœuvre et à l'autonomie des équipes.

Les encadrants, acteurs ressources de leurs équipes ?

Les travaux de Karasek et Theorell (1990) et de Siegrist (1996) ont démontré que les facteurs comme la marge de manœuvre, le soutien social et la reconnaissance permettent de limiter le risque sur la santé des salariés. Le classement des items dans la dimension Interpersonnelle du métier met en évidence les représentations des actions des encadrants en santé au travail. Or, nous constatons que les trois facteurs de ces auteurs fondateurs des modèles du stress au travail sont largement cités. Par contre, le soutien social représente seulement 9 % des items classés dans cette instance (alors que la reconnaissance était citée à hauteur de 54 % à et la marge de

manœuvre à 21 %). Et tous les groupes n'ont pas cité cet item. Il apparaît que les encadrants de personnel soignant dans le secteur hospitalier sont les moins nombreux à citer des items correspondant à des actions de soutien auprès des équipes. Nous faisons le lien avec l'étude précédente qui mettait en évidence les liens entre la taille d'une équipe et la proximité des encadrants.

Malgré cette hypothèse, le rôle de l'encadrant comme acteur ressource auprès de ses équipes lorsque celles-ci rencontrent des difficultés nous interroge. Nous faisons un lien avec les échanges nombreux que nous avons eu avec les encadrants en formation. Il semble que les encadrants perçoivent comme un reproche (voire comme une sanction les classant dans les « mauvais » encadrants) lorsqu'un membre de leur hiérarchie les « accuse » de « manager à l'affectif ». Eux-mêmes se défendent de ne pas être des « psychologues » pour les équipes ni des « assistantes sociales ». Comme si la frontière entre le soutien et l'assistance n'était pas perçue.

Les résultats de cette étude laissent apparaître une nécessité de clarifier les actions de soutien des équipes **dans le travail**. Travailler c'est se confronter aux dilemmes, à la conflictualité et les recherches en santé au travail montrent la nécessité de partager collectivement les difficultés afin de préserver sa santé et multiplier le pouvoir d'agir, facteur essentiel de la « santé vivante ». Ces résultats sont d'autant plus surprenants que les espaces de discussion, d'échanges et de communication sont cités à hauteur de 31 % dans l'instance Interpersonnelle.

Les espaces de discussion, d'échange et de communication comme moyens d'action visant la santé des équipes

Les espaces de discussion sont donc cités majoritairement dans l'instance Interpersonnelle. Par contre, ce sont principalement les espaces conviviaux qui sont cités, et non pas les espaces où va s'engager prioritairement la controverse professionnelle. 29 représentations font référence explicitement aux espaces conviviaux alors que 20 idées mettant en évidence les temps d'échange favorisant la discussion sur le travail.

Nous percevons ainsi un écart entre ce que les recherches récentes sur un management par la discussion nous apprennent pour prévenir les risques psychosociaux et développer la santé des équipes et la perception des encadrants. La montée en compétence managériale visant la santé semble se situer sur la clarification de ces espaces, les modes d'animation, les objets de travail discutés.

Le positionnement managérial

Nous avons classé des items concernant le positionnement des encadrants vis-à-vis de leurs équipes. Seulement 6 % des items classés dans cette instance concernent ce positionnement et il donne des positionnements très divers. Toutefois, ils nous incitent à interroger la place de l'encadrant vis-à-vis de son équipe : dans l'équipe ou à côté de l'équipe ?

Les ressources de l'instance Personnelle

Nous avons classé dans l'instance Personnelle du Métier tous les moyens d'action cités par les encadrants qui relevaient de ressources personnelles.

Nous remarquons que tous les groupes ont cité des items classés dans l'instance Personnelle et que ceux-ci représentent 31 % de l'ensemble des items classés dans les instances du métier.

Secteurs d'activité	**Nombre de groupes dans l'échantillon de référence**	**Nombre de groupes ayant cité des items classés dans l'instance Personnelle**
Secteur restauration collective	19	19
Secteur hospitalier soignants	8	8
Secteur hospitalier non soignants	3	3
Secteur logistique	4	4
Totaux	**33**	**33**

Tableau 50 : Nombre de groupes ayant cité des représentations classées dans la dimension Personnelle

Classement des items dans la dimension Personnelle du Métier	Nombre de citations par secteurs				
	Secteur restauration	**Secteur hospitalier encadrants de soignants**	**Secteur hospitalier encadrant de non-soignants**	**Secteur de la logistique**	**Total**
Ecoute (écouter, savoir écouter)	30	12	9	9	60
être disponible, laisser la porte de son bureau ouverte, accepter d'être sollicité	11	4	1	3	19
être calme, souriant, bonne humeur, courtoisie, sociable, convivial, politesse, dire bonjour	13	1	0	1	15
Montrer l'exemple, montrer sa motivation, la crédibilité, être rigoureux dans nos propres organisations	8	1	1	2	12
Faire preuve de diplomatie, d'équité, d'authenticité	8	2	0	1	11
Se ressourcer régulièrement, penser à son bien-être, hygiène de vie (sommeil), développement personnel de son sens de la vie, enrichissement personnel et professionnel, prendre du recul	4	1	4	0	9
être sincère, honnêteté, franchise, dire le bien et le mal	2	0	0	5	7
Respect de l'individu et du travail	6	0	0	0	6
Ne pas communiquer son stress	4	0	0	0	4
être bienveillant, empathie, tolérant	4	0	0	1	5
Savoir se remettre en question, accepter de s'être trompé, apprendre de ses erreurs, savoir assumer ses responsabilités, prendre des décisions, avoir confiance en soi	4	1	0	0	5
TOTAL	**94**	**22**	**15**	**22**	**153**

Tableau 51 : Les ressources classées dans l'instance Personnelle du métier

Lors de l'analyse de ces matériaux, une de nos premières surprises est de constater que les encadrants citent uniquement ce qui peut être considéré comme leurs propres ressources personnelles et à aucun moment ils ne citent celles pouvant appartenir aux membres de leurs équipes. Il est en effet surprenant de constater que leurs représentations des situations perçues comme porteuses de risques psychosociaux utilisent un filtre qui individualise les

problématiques, alors que les ressources individuelles visant la santé des équipes sont perçues comme leur appartenant et uniquement.

La deuxième surprise concerne la nature des moyens d'action que nous avons classés dans l'instance Personnel : ceux-ci sont essentiellement leurs propres compétences en termes de savoir-être. Les seules compétences en termes de savoir-faire concernent la gestion de leur propre stress. Ainsi, nos résultats semblent valider l'impact des formations managériales utilisant les approches psychologiques et de développement personnel. Est-ce que ces résultats participent à la validation de ce que certains auteurs dénoncent comme une « doctrine managériale » ? (Brunel, 2004 ; Linhart, 215). « Tout le « propos » du développement personnel en entreprise est de démontrer que la quête individuelle d'authenticité à soi, d'estime de soi et de bien-être va de pair avec l'accroissement et l'efficacité collective. Pour ce faire, cette nouvelle pensée managériale s'appuie sur une ingénierie méthodologique articulant deux types de courants psychologiques, l'un issu de la tradition humaniste, l'autre de la tradition cognitivo-comportementale. Le premier courant engendre un mythe de la responsabilité individuelle, tandis que le second fournit des techniques adaptatives à la quête de soi. » (Brunel, 2004, p. 171). L'encadrant visant la santé de ses équipes serait donc perçu, encore aujourd'hui, comme un « psy » ou un « coach » et cette vision semble intégrée par les encadrants interrogés. Avec cette grille de lecture, unique, l'accompagnement des encadrants sur le développement de leurs moyens d'action en santé au travail peut s'orienter vers la culture de leurs vertus au sens philosophique du terme.

Et pourtant, dans ce regroupement par catégories des différentes « ressources personnelles managériales » comme moyens d'action visant la santé des équipes, nous constatons qu'il manque la relation aux émotions. Alors que les recherches, notamment anglo-saxonnes, mettent en lien l'intelligence émotionnelle des encadrants et la santé de leurs équipes, cette composante n'est pas citée par les encadrants participant à l'étude.

Á l'inverse, nous remarquons que l'item « écoute » apparaît majoritairement comme moyen d'action auprès des équipes. Tous les groupes l'ont décliné de diverses façons : 39 % des items de cette instance concernent cette action.

Les moyens d'action sur les ressources de l'instance Transpersonnelle

Le classement des items dans l'instance Transpersonnelle a posé plus de questions aux chercheurs puisque seulement 1 représentation sur les 805 a été classée unanimement et sans concertation dans cette instance.

Classement des items dans la dimension Transpersonnelle du Métier	**Nombre de citations par secteurs**				
	Secteur restauration	**Secteur hospitalier encadrants de soignants**	**Secteur hospitalier encadrant de non-soignants**	**Secteur de la logistique**	**Total**
Esprit d'entreprise	1	0	0	0	1

Tableau 52 : La ressource classée dans la dimension Transpersonnelle

Nous rappelons que l'instance Transpersonnelle est définie par Clot comme « la mémoire collective qui donne à chacun le répondant pour agir dans le présent et «voir venir » le futur. » (2014, p. 138). Nous avons vu que Clot définit cette instance par le genre professionnel « C'est le clavier collectif des gestes et des mots sur lequel chaque sujet peut jouer sa petite musique, le genre professionnel à styliser par chacun. Institué toujours potentiellement défunt, organisé par des sous-entendus ou des rébus, ce genre est un trait d'union qui risque toujours de s'effacer, s'il n'est pas refait dans le cours des activités interpersonnelles et personnelles. » (ibidem, p. 138-139). Si la dimension Transpersonnelle se manifeste avec discrétion dans cette étude, c'est certainement parce que la méthodologie utilisée ne permet pas de faire émerger sa puissance implicite contenue dans la définition que nous donne Clot (2006) : « l'attendu du sous-entendu ».

Toutefois, l'idée émise par des encadrants sous la forme : « esprit d'entreprise », s'il est collectivement partagé dans un collectif de travail, donne le « ton », le « diapason » de l'activité collective et individuelle. Aussi, nous nous permettons de compléter l'approche du Transpersonnel en insistant sur les aspects relationnels des gestes de métier. Nous pourrions dire qu'elle est le « la » donnée par « l'attendu du sous-entendu » ; elle règle les relations professionnelles et il nous semble qu'elle s'ajouter à la notion d'activité dans la compréhension

des liens santé et travail. Elle est au-delà du « faire » mais dans ce qui est permis, pas permis, possible, pas possible, portés par un « vivre ensemble » d'un collectif de travail. Elle est comme une micro culture organisationnelle.

C'est la raison pour laquelle nous nous permettons, pour cette instance particulièrement, d'interroger les moyens d'action qui ont été classés dans cette instance par seulement un ou deux chercheurs et que nous n'avons pas utilisés dans le premier niveau d'analyse (Nous rappelons que nous nous sommes attachée à analyser uniquement les idées des encadrants classées unanimement dans les instances par les chercheurs, et sans concertation, afin d'introduire le moins de biais possibles dans cette recherche). Plusieurs items ont été classés dans l'instance Transpersonnelle par certains chercheurs, et ces mêmes items ont été non classés par d'autres. Nous les avons centralisés et nous avons ainsi constaté que nous pouvions catégoriser ces items sous le vocable du « vivre ensemble ». Nous avons ainsi 38 idées qui ont été classées par certains chercheurs dans l'instance Transpersonnelle.

Les ressources classées par certains chercheurs dans la dimension Transpersonnelle		Nombre de citations par secteurs				
		Secteur restauration	**Secteur hospitalier soignants**	**Secteur hospitalier non soignants**	**Secteur logistique**	**Total**
Veiller à la qualité des relations au sein du collectif de travail	Afficher les règles de vie en équipe et s'y tenir	0	1	0	0	1
	S'assurer que le climat est favorable pour une bonne ambiance, mettre une bonne ambiance avec équipe et clientèle, travailler dans la bonne humeur, bonne entente dans l'équipe	2	2	0	0	4
	Avoir du respect mutuel	1	0	0	0	1
	Favoriser/développer l'esprit d'équipe	1	1	0	0	2
	Repères communs	0	1	0	0	1
	Instaurer un climat de confiance	4	1	0	1	6
Intervenir pour préserver la qualité des relations au sein du collectif de travail	Séparer les personnalités fortes et négatives, éviter les binômes négatifs	0	3	0	0	3
	Faire tourner les postes pour se mettre à la place de l'autre	3	0	2	0	5
	Tenir compte et accepter les différences	0	0	0	1	1
	Intégration des nouveaux / accueil des nouveaux	3	1	0	0	4
Partager le sens	Essayer d'expliquer, donner le sens des orientations, du sens du travail, des objectifs et dans quoi ils s'inscrivent	0	2	1	2	5
	Repères communs	0	1	0	0	1
	Partager les valeurs et les faire vivre	0	2	0	0	2
Donnant/donnant	Le principe du donnant donnant	1	0	0	0	1
	donner	0	1	0	0	1
Totaux		**15**	**16**	**3**	**4**	**38**

Tableau 53 : Les ressources du « vivre ensemble »

L'analyse de nos données laisse apparaître les actions des encadrants dans ce cercle que nous pourrions qualifier de « vertueux » des relations humaines et où prend naissance (ou pas) la vitalité des collectifs de travail (Caroly, 2011), facteur de santé des individus et des équipes. Nous avons classé en quatre catégories ces ressources que nous avons nommées du « vivre ensemble » :

- Les actions veillant à la qualité des relations au sein des collectifs de travail. Elles visent la préservation de « bonnes » relations au sein du collectif de travail (afficher les règles de vie en équipe, s'assurer de la bonne ambiance du service, instaurer de la confiance)
- Les actions d'intervention sur le collectif de travail avec un rôle d'arbitrage dans les conflits interpersonnels, des actions visant la visibilité du travail de l'autre et l'accueil les nouveaux venus. Nous savons comme cette action peut être indispensable pour permettre aux nouveaux dans l'équipe d'intégrer plus facilement « l'attendu du sous-entendu » qui définit l'instance Transpersonnelle du métier.

  En effet, outre les règles prescrites (instance Impersonnelle) et les qualités professionnelles de ce nouveau venu (instance Personnelle), l'intégration dans l'équipe va résider dans sa capacité à « entendre » ce sous-entendu qui règle la vie en commun.
- Les actions que nous avons regroupées sous le vocable « partager le sens ». Les cours de management demandent aux encadrants de « donner du sens » au travail. L'analyse de l'instance Transpersonnelle nous permet de nous interroger sur cette injonction : pouvons-nous « donner » le sens du travail à un autre que soi lorsque nous connaissons la part des enjeux subjectifs et personnels de l'engagement dans le travail ? Aussi, « partager » le sens (« des orientations, du travail, des objectifs et dans quoi ils s'inscrivent » comme l'inscrivent les encadrants) nous semble plus approprié.
- Les actions du « don et contre don » : nous avons seulement deux représentations de cette action. Pourtant, lors des formations avec ces encadrants, des débats ont eu lieu autour de cette question. Pour les encadrants, être dans une relation « donnant/donnant » avec les membres de l'équipe fait partie « du jeu » de la relation. Par contre, c'est une activité souterraine de l'encadrement. En effet, la rendre visible aux hiérarchies, c'est s'exposer aux reproches d'un management à l'affectif.

De notre point de vue, la dimension Transpersonnelle du métier intègre la face cachée de l'organisation du travail, cette organisation informelle au cœur des relations humaines de

travail. Elle s'étaye sur un substrat anthropologique décrit par Mauss comme la triple obligation de donner, recevoir et rendre, citée par Alter (2011). Dans son ouvrage, cet auteur montre comment le succès ou l'échec d'une entreprise dépend des dons (ou refus de don) que se font les salariés entre eux (en termes de savoir-faire, d'informations techniques, mais aussi de soutiens affectifs qui sont les indicateurs de la coopération dans une équipe de travail).

Synthèse des ressources psychosociales du métier

L'analyse de ces matériaux classés dans chaque instance du métier nous permet de recenser les représentations des actions managériales visant la santé des équipes. En comparaison avec les apports des recherches en santé au travail, nous pouvons cerner quelques écarts qui nous ont particulièrement interpellés :

- Les espaces de discussion. Alors que les chercheurs préconisent des espaces dialogiques sur le travail, les encadrants se représentent majoritairement ces espaces comme des temps conviviaux d'échanges sans que les objets de la discussion soient définis ainsi que leur visée.
- La sur représentation de la dimension Personnelle. Les encadrants se perçoivent comme des acteurs dans la santé au travail des équipes. Par contre, nous pouvons constater qu'ils perçoivent leur propre savoir-être comme un élément essentiel dans le bien-être des équipes. Ce constat inquiète sur le pouvoir des approches psychologisantes et de développement personnel. Il conduit à des affirmations considérées sans appel par ceux qui les profèrent : « On naît manager ou on ne l'est pas ». Or, la santé au travail se joue au-delà de la personnalité de l'encadrant. Les compétences dans la compréhension et l'organisation du travail semblent peu envisagées. Nous avons d'ailleurs pu constater qu'alors que le rôle de l'encadrant est décrit depuis de nombreuses années comme fonctionnel (organisation, planification, contrôle de l'activité), les représentations classées dans l'instance Impersonnelle sont proportionnellement peu nombreuses.

Ainsi, l'analyse de ces matériaux permet de recenser la perception des actions managériales visant la santé au travail. Elle nous permet aussi d'envisager le concept psychologique du métier comme une articulation des ressources favorisant (ou pas) le pouvoir d'agir des encadrants. La description de ce concept par les auteurs s'attachait aux ressources des professionnels

permettant d'être en confort dans son métier. Notre recherche laisse apparaître les possibilités d'action des encadrants et nous permet de cibler quelques marges d'action à développer, notamment sur la clarification des espaces de discussion avec les équipes.

Ce travail d'analyse nous permet de valider notre deuxième hypothèse de recherche : le concept psychologique du métier semble opérant dans la production de connaissance sur les actions des encadrants visant la santé au travail.

3.2.1.3. Les ressources dites « énergétiques »

Comme nous l'avons expliqué en présentant la méthode d'analyse des données, tant sur l'étude des représentations des encadrants que sur leurs actions visant la santé des équipes, certaines représentations n'ont pas été classées par les chercheurs dans les différentes instances du métier. Nous avons cherché à analyser ces données. Nous pouvons déjà affirmer qu'elles ne remettent pas en question le concept psychologique du métier et qu'il semble opérant pour concevoir l'action des encadrants en santé au travail. Par contre, elles viennent valider un apport de la recherche de Journoud et Pézè (2012) : « tout n'appartient pas aux managers ».

Lorsque nous avons analysé ces données « non classées dans les instances du métier », nous avons constaté qu'elles décrivaient les ressources appelées « énergétiques » par Hobfoll (1989).

Les ressources « énergétiques » (ressources non classées dans les dimensions du métier)	Nombre de citations par secteurs				
	Secteur restauration	**Secteur hospitalier encadrants de soignants**	**Secteur hospitalier encadrant de non-soignants**	**Secteur de la logistique**	**Total**
Formation	10	2	2	0	14
Primes	3	0	0	2	5
Se tourner vers un professionnel (médecin du travail, psychologue, assistante sociale), mise en place de structures externes	0	1	0	3	4
Prendre en compte les E.A.P. (formation)	1	0	0	3	4
Méthode 360 °	0	0	0	3	3
Proposer des congés	0	0	0	1	1

Tableau 54 : Les ressources « énergétiques » non classées dans les différentes instances du métier

Ces ressources sont extrinsèques aux encadrants. Ils ont peu de marges de manœuvre sur ces moyens d'action qui sont en règle générale, dans les organisations, pilotés par la direction des ressources humaines et une politique globale d'entreprise.

Aussi, nous souhaitons faire une distinction concernant le terme de « management de la santé au travail » qui est notamment utilisé en sciences de gestion et les actions managériales visant la santé au travail (objet de notre recherche). Au début des années 2000, les chercheurs en sciences de gestion ont posé la question : « Comment manager nos organisations de manière à améliorer la santé et la sécurité au travail ? » (Abord de Chatillon & Bachelard, 2005, p. 18). L'angle de recherche est différent et il nous semble qu'il a son importance dans la construction des actions visant la santé au travail. Ainsi, de notre point de vue, les ressources issues de notre matériel de recherche et que nous avons qualifiées de « ressources énergisantes » correspondent à des marges d'action données (ou pas) par une politique d'entreprise :

- Au niveau de la politique de gestion des ressources humaines (primes, formation, prise en considération des demandes formulées entre un encadrant et un salarié lors des entretiens d'évaluation annuels, congés)

- Au niveau de moyens validés par la direction sur des ressources professionnelles internalisées ou externalisées : médecins du travail, assistantes sociales, partenariat avec des structures spécialisées.

3.2.1.4. La dynamique des ressources psychosociales du métier

Nous avons vu que la majorité de nos matériaux de recherche, issus de l'étude sur les représentations des encadrants sur leurs actions en santé au travail, a pu être classée dans les quatre instances du métier. Nous avons proposé de classer des items concernant le « vivre ensemble » dans la dimension Transpersonnelle, ce qui nous a permis d'enrichir, nous semble-t-il, la connaissance de cette instance. D'autres représentations des moyens d'action ont pu être catégorisées dans les ressources dites énergétiques selon Hobfoll (1989). Puis, nous avons cherché à analyser la centaine d'items qui n'avaient pas été classés : ils font l'objet de l'analyse ci-après.

La migration des ressources psychosociales du métier : un indicateur du métier « vivant »

Lors de l'analyse des représentations des encadrants sur leurs leviers d'action pour favoriser le bien-être (santé) de leurs équipes, nous avons classé ces ressources dans les 4 dimensions du métier. Nous rappelons que 493 items sur 805 ont été classés unanimement et sans consensus par trois psychologues du travail et psychosociologue. Ce travail a été supervisé par un chercheur. Or, en dehors des ressources dites énergétiques, un certain nombre d'items nous a interrogée. Tous les moyens d'action restants auraient pu être classés dans les instances du métier mais, selon la formulation, ou la subjectivité des chercheurs, les items sont classés dans des instances différentes ; c'est la raison pour laquelle nous ne les avions pas retenus dans le premier niveau d'analyse. Nous présentons dans le tableau ci-dessous une sélection des moyens d'action qui ont été cités plus d'une fois par les groupes (parfois sous des formulations différentes) :

	Classement par chercheur A	Classement par chercheur B	Classement par chercheur C
Gérer les conflits	Non réponse	Non réponse	Personnel
Reconnaître	Interpersonnel	Non réponse	Personnel
Rendre les gens acteurs dans leur vie professionnelle	Interpersonnel	Non réponse	Personnel
Etre solidaire	Interpersonnel	Personnel	Personnel
Former, expliquer, accompagner	Interpersonnel	Non réponse	Personnel
Etre un relais vers N+1 et DRH	Interpersonnel	Impersonnel	Impersonnel
Essayer de planifier le plus possible pour moins d'urgence	Impersonnel	Interpersonnel	Interpersonnel

Tableau 55 : Les moyens d'action classés dans plusieurs instances du métier

Ces ressources, classées différemment par les chercheurs dans les quatre instances du métier, nous ont posé des questions. Tout d'abord, est-il essentiel de classer ces ressources obligatoirement dans une instance du métier ? Sachant que tous les chercheurs ayant participé à l'étude les classaient dans une des instances, une autre question nous semble plus judicieuse : pourquoi avons-nous eu des difficultés à les classer ? Nous pouvons alors nous interroger sur les frontières entre les différentes instances. En fait, le registre de l'action, selon les épreuves de l'activité, va se livrer à une « migration fonctionnelle » (Vygotski, 2003). Clot et Simonet (2015) expliquent la latitude de l'action et sa mobilité fonctionnelle en donnant l'exemple du sujet cherchant à organiser ou réorganiser sa propre activité pour répondre aux exigences de l'activité. « Mais ici il faut être précis. Car il ne le fait pas d'un seul bloc et dans un monologue. Il n'y parvient qu'en se déplaçant entre les registres d'expériences acquis avec les autres et déjà à sa disposition – corporels, cognitifs et affectifs – en les « dialoguant » pour se mesurer aux épreuves de l'activité qui réclament sa disponibilité actuelle. Il le fait avec plus ou moins de latitude personnelle et de mobilité fonctionnelle selon son expérience et même selon son âge (Molinié, Gaudart & Pueyo, 2012). Disons qu'il est d'autant plus sujet qu'il se livre à ce mouvement de « **migration fonctionnelle** » (Vygostki, 2003) avec un degré de liberté maximum. C'est le **degré de liberté** caractéristique de sa propre organisation, sa ductilité dans les alternances fonctionnelles, qui détermine **son seuil de tolérance singulier à l'événement**. Plus il est capable d'être affecté de multiples manières par l'activité dans laquelle il est engagé sur des registres variés, plus il est préparé à passer d'un plan à l'autre, **plus la palette de ses possibilités déjà conquises est nuancée, autrement dit, plus il dispose de marges de manœuvre personnelles sur lesquelles il peut jouer, plus il est sujet**. » (Clot & Simonet, 2015, p. 35).

Or, ce que décrivent Clot et Simonet (2015) sur une instance du métier (Personnelle) se révèle à l'identique dans nos matériaux de recherche, pour l'ensemble des instances du métier et dans leurs articulations entre elles. Ainsi, le concept psychologique du métier nous ouvre la perspective de penser la prévention de manière systémique dans la dynamique des ressources psychosociales du métier. Et… par la discussion.

Nous proposons de prendre un exemple pour illustrer ces propos. Nous avons vu que le terme de « remercier » a été largement cité par les encadrants comme un moyen d'action qui lui appartient pour développer le bien-être des équipes. Or, « remercier » fait référence à la reconnaissance qui se joue dans la relation interpersonnelle. Mais, « remercier » demande des aptitudes Personnelles de la part de l'encadrant (savoir écouter le salarié, disponibilité…) et des ressources personnelles du salarié (essentiellement cognitives et affectives) « Remercier » demande également de l'Impersonnel. En effet, l'encadrant peut remercier parce qu'il a évalué la réalisation professionnelle par rapport à une norme prescrite du travail et/ou à un objectif défini. L'instance Transpersonnelle entre également dans la danse. « L'entendu » du sous entendu peut être très différent selon le contexte dans lequel il est donné. Dans certains environnements, l'encadrant est perçu avec hostilité par des équipes : elles peuvent percevoir une manipulation de l'encadrement.

Aussi, il nous semble que l'intérêt de cette étude n'est pas uniquement d'enrichir la connaissance des instances du métier, mais de mettre en évidence les moyens d'action des encadrants permettant le développement de la vitalité du métier, pour préciser le rôle d'acteur d'un encadrant visant la santé au travail de ses équipes. Nous constatons également que cette migration des ressources visant l'action des encadrants en santé au travail ne peut s'effectuer que par une activité dialogique de l'encadrant. La discussion va permettre de développer les moyens d'action dans et entre les instances, en transitant par les axes du développement de l'activité (qui relie l'Impersonnel et l'Interpersonnel) et du développement des personnes (reliant le Personnel et le Transpersonnel).

Pour Clot, l'activité effectivement réalisée correspond à ce que Leplat et Hoc (1983) appellent « l'activité » par opposition à la « tâche », qui est prescrite par l'organisation du travail. Mais dans son concept d'activité, il rend compte de la conflictualité inhérente au travail (2008). L'activité est autant ce qui a été réalisé que tout ce qui n'a pas été fait, mais aussi tout ce qu'elle aurait pu (ou non) devenir et qui est tout aussi réel que le réalisé dans les enjeux psychiques du travail. La mise en débat de l'activité réalisée comme du réel de l'activité donne les possibilités

d'action aux professionnels. C'est dans la mise en discussion que l'activité réalisée et le réel de l'activité vont donner des pouvoirs d'action.

Nous nous permettons maintenant de rajouter à la nomination de l'axe du développement des personnes, le terme de « collectifs de travail » pour nommer l'axe qui relie le Personnel et le Transpersonnel : l'axe du développement des personnes et des collectifs de travail. Car les objets de travail mis en discussion pour réguler la conflictualité du travail entre les instances Personnelle et Transpersonnelle permettent également la vitalité de l'individu et du collectif. L'analyse de nos matériaux de recherche démontre les propos de Clot : « Des tensions se faufilent partout dans cette architecture, jusqu'à parfois la faire s'effondrer. Car le métier relie – dans des discordances créatrices ou destructrices – ces quatre registres impersonnel, transpersonnel, interpersonnel et personnel. Il n'est pas toujours vivant pour les mêmes raisons ni au même endroit. Mort à un bout, il peut ressusciter à l'autre. Il n'est nulle part tout entier, ni dans l'activité, ni dans la tâche, ni dans le collectif. Vivant, il transite partout sur des frontières fluctuantes. » (Clot, 2014, p.139). Ainsi, le concept psychologique du métier semble ouvrir de nouvelles perspectives pour penser le pouvoir d'agir, qui naît non seulement d'une activité dialogique sur l'activité réalisée et le réel de l'activité, mais aussi d'une activité dialogique adressée à autrui.

Nous venons de voir que la migration fonctionnelle des ressources, en termes de moyens d'agir, permet le développement et la régulation de l'activité. Or, c'est le rôle des règles de métier. Aussi, nous pouvons observer que cette migration d'une instance à une autre, sans se figer sur l'instance Impersonnelle de la prescription, construit les règles de métier des collectifs de travail. La règle de métier ne fixe pas des schémas d'exécution rigides. Au contraire, dans les situations de travail imprévisibles ou compliquées, qui demandent une régulation de l'activité, elle a pour fonction à la fois de cadrer l'activité et de libérer des marges de manœuvre. Loin d'être paradoxale, elle articule la liberté individuelle et collective contenue dans les marges de manœuvre. « Pour la psychopathologie du travail, la règle libère chacun de la tendance constante à se replier sur lui-même, sur ce qu'il peut considérer comme son intérêt personnel, soit comme sa jouissance immédiate au travail. (…) Les règles organisent l'échange entre tous en définissant bien la responsabilité de chacun et les moyens dont il dispose, ses outils et les libertés dans le choix de modes opératoires, l'accès à l'information en circulant librement. » (Cru, 2014, p. 115). Ainsi, en favorisant la migration des ressources du métier par la discussion du travail, l'encadrant ouvre le potentiel du pouvoir d'agir de ses équipes dans la régulation de leurs activités.

3.2.2. La discussion : un outil à destination des encadrants pour favoriser la dynamique du métier

Pour produire de la santé, le métier doit rester vivant. « Tout est lié. Ou du moins, devrait l'être, pour que l'énergie psychologique indispensable à la vitalité professionnelle ne se dissipe pas autant dans les milieux de travail » (Clot, 2008, p. 258). Aussi, la question n'est pas de savoir s'il est important de classer les ressources en termes de moyens d'action sur la santé dans les quatre registres du métier. La question plus essentielle à se poser est de savoir comment l'encadrant peut (il doit, s'il vise la santé) entretenir la dynamique du métier, en rendant vivante chaque instance du métier et les articulations entre elles. « Le métier a plusieurs vies simultanées et c'est ce qui rend possible son développement » (ibidem)

Ainsi, le risque, bien au-delà du risque psychosocial, serait de figer l'action des encadrants sur une instance du métier, au risque de figer le métier de ses équipes. L'inégalité du nombre de représentations sur les différents registres du métier peut nous interroger et nous inquiéter. La proportion d'items classés dans l'instance Personnelle, et déclinée pratiquement uniquement sur le registre d'un savoir-être de l'encadrant, met l'accent sur cette modalité au détriment des autres ressources du métier. Ainsi, les formations managériales de développement personnel, sans intégrer des connaissances et compétences concernant l'axe de développement de l'activité des équipes, privent l'encadrant de moyens d'action sur la santé des équipes et limitent leur potentiel d'action dans les situations.

Le risque est également à signaler pour les formations qui développent des outils de motivation d'équipe de type : la reconnaissance et l'autonomie des équipes (via la délégation), c'est-à-dire les moyens d'action de l'instance Interpersonnelle. Ces formations insistent généralement sur le style participatif de l'encadrant comme facteur d'engagement des équipes dans l'atteinte des résultats. Or, sans travail prescrit, le travail perd de son réel. De même, si l'encadrant ne prend pas en considération la culture de l'institution et de son équipe (instance Transpersonnelle), il peut multiplier les maladresses vis-à-vis de son équipe et rendre difficile son intégration dans l'équipe. (Notre première étude a d'ailleurs souligné la fréquence d'exposition à ce risque pour un encadrant.) De même, un encadrant qui arbitrerait les tensions du travail uniquement par de la prescription (instance Impersonnelle) aurait des difficultés dans l'atteinte des objectifs,

comme dans sa relation avec l'équipe (avec pour conséquences des atteintes sur sa santé et celle de l'équipe).

Aussi, la migration des ressources psychosociales est-elle un enjeu pour l'action des encadrants en santé au travail. Or, l'instrument qui permet à l'encadrant de favoriser la dynamique du métier s'avère être la discussion du travail, ce que Miossec (2011) nomme « l'instrument psychosocial de la discussion » et qui sera au service de l'encadrant pour un management par la discussion (Detchessahar, 2013). Nos résultats nous permettent d'observer que l'instrument psychosocial de la discussion favorise la migration des ressources psychosociales d'une instance à une autre et que la dynamique du métier peut être observée à travers ces déplacements. La porosité et la flexibilité des dimensions du métier sont un des indicateurs du métier « vivant ».

Nos résultats nous permettent d'articuler les ressources du métier en termes de moyens d'agir pour réguler la conflictualité inhérente au travail. Leur mise en dynamique par la discussion du travail nous permet de modéliser un Système des Ressources Psychosociales du Métier toujours à développer pour le garder vivant. Ce Système relie les instances Impersonnelle et Interpersonnelle du métier sur l'axe de développement de l'activité. Et les instances Personnelle et Transpersonnelle sont reliées par l'axe du développement des personnes et des collectifs de travail. Par la discussion sur des objets du travail, les ressources se mobilisent pour élaborer les règles de métier.

3.2.3. L'action des encadrants dans la dynamique du Système des ressources psychosociales du métier

Cette étude sur les représentations des encadrants concernant leurs moyens d'action en santé au travail nous a permis de produire quelques connaissances. Tout d'abord, nous pouvons constater que l'approche par l'action est plus opérante pour les encadrants. Alors que la notion de risques psychosociaux les renvoyait à une fatalité, ils ont fait preuve de créativité pour se représenter des actions visant la santé des équipes. Aussi, nous pouvons penser que « nous ne partons pas de rien » lorsque nous intervenons auprès de ce public pour des formations à la prévention de la santé des équipes.

Cette étude nous montre également qu'ils ont des marges de manœuvre potentielles et que celles-ci s'articulent dans et autour des quatre registres du concept psychologique du métier. Ces ressources leur appartiennent, à la différence de ressources (dites « énergétiques » par Hobfoll (1989)) qui sont du ressort des politiques en management de la santé au niveau des directions, mises en place principalement par les directions des ressources humaines. Aussi, notre objet d'étude nous conduit à nous centrer sur ces ressources psychosociales du métier qui, nous l'avons vu, se développent par la mise en discussion des objets du travail.

Ainsi, nous pouvons valider que c'est par la discussion du travail que l'encadrant va dynamiser les ressources du métier de ses équipes et développer ainsi leur santé, la santé « vivante » dont l'indicateur est le pouvoir d'agir des individus et des collectifs de travail.

Or, cette étude laisse entrevoir des lacunes en ce qui concerne la maîtrise de l'instrument psychosocial de la discussion. Si les encadrants perçoivent les espaces d'échange comme un moyen visant la santé des équipes, leur conception de ces espaces est floue et le plus souvent associée à des temps conviviaux comme le partage du café. Les objets de discussion permettant la régulation des tensions du travail ne sont pas décrits ni même nommés.

Nous devons également être vigilante, lors de l'élaboration des dispositifs visant à soutenir l'action des encadrants en santé au travail, à mobiliser les moyens d'action de l'ensemble des instances du métier.

Aussi, notre troisième étude s'appuie sur ces constats pour viser une transformation des pratiques managériales. Pour concevoir des processus visant à soutenir l'action des encadrants en santé au travail, nous allons nous appuyer sur les connaissances acquises à partir du concept psychologique du métier ; connaissances à la fois théoriques et s'appuyant sur les résultats de cette étude. Nous allons mettre en place des espaces de discussion visant à faire migrer les ressources psychosociales d'une instance à l'autre et nous en mesurerons les effets sur la santé, sur la « santé vivante ».

Synthèse Etude 2 : L'opérationnalité du Système des Ressources Psychosociales du métier et sa dynamique par la discussion du travail

Pour élaborer des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail, notre première étude a fait émerger des réserves sur l'opérationnalité de la notion de risques psychosociaux. Aussi, la deuxième étude vise à changer l'angle d'approche de l'action en santé au travail des encadrants et à explorer leurs représentations des ressources psychosociales à développer. Nous cherchons à tester l'opérationnalité de notre cadre conceptuel s'appuyant sur le concept psychologique du métier (Clot, 2008). Il nous intéresse de savoir si les quatre registres du métier permettent d'articuler les ressources psychosociales afin de l'utiliser pour élaborer des processus d'intervention auprès des encadrants dans notre troisième étude.

La méthode par focus groups a permis d'interroger 75 encadrants répartis en 33 groupes. La question a porté sur les actions favorisant le bien-être des équipes. 803 représentations ont été recueillies et analysées par trois psychologues du travail. Cette deuxième étude démontre qu'aborder les liens entre la santé et l'action de l'encadrement par les ressources ouvre un potentiel d'actions managériales. Elle indique également que les représentations des encadrants se focalisent plus largement sur le collectif de travail que sur l'individu à la différence des risques psychosociaux. Un classement des différentes représentations dans les quatre registres du métier a été possible. 493 idées sur les 803 recueillies ont été classées unanimement par les psychologues dans les différentes instances. Nous constatons que les quatre dimensions du métier sont inégalement représentées : 54.4 % des actions mobilisant les ressources sont classées dans la dimension Interpersonnelle, 31 % dans la dimension Personnelle, 14.4 % dans la dimension Impersonnelle et seulement 0.2 % (soit 1 représentation) dans la dimension Transpersonnelle. Nous faisons l'hypothèse que la méthodologie utilisée permet difficilement l'émergence des ressources Transpersonnelle. Aussi, nous avons repris les ressources favorisant « l'attendu du sous-entendu » (définition donnée par Clot de cette dimension en 2008) du « vivre-ensemble » que nous avons classé dans cette instance. Cette analyse ouvre de nouvelles perspectives pour envisager les ressources de cette dimension particulièrement discrète. Nous avons été surprise par le faible taux de représentations des actions développant les ressources de la dimension Impersonnelle. En effet, l'organisation du travail est une fonction de l'encadrement (Aubert et coll., 2009). Les représentations des ressources Personnelles favorisant l'action des encadrants en santé au travail interrogent essentiellement le « savoir-être » de l'encadrant. Ces résultats confirment l'étude de Brunel (2004) sur l'impact des

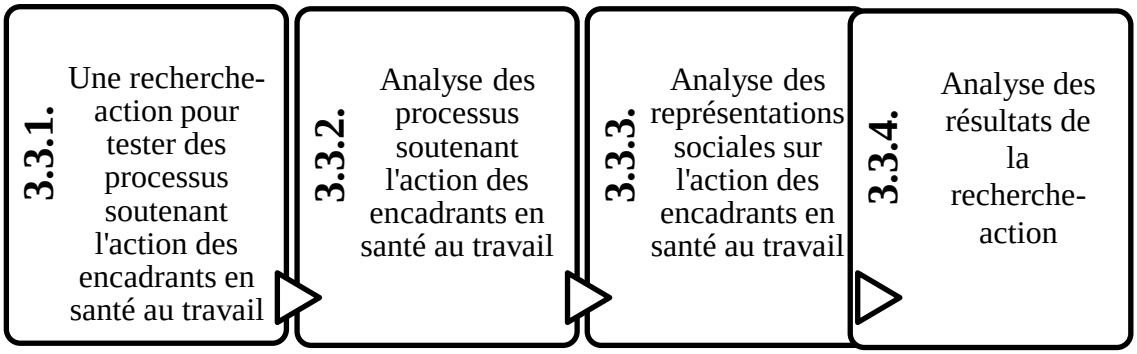
formations à caractère de développement personnel. Les représentations des encadrants sur les espaces de discussion sont présentes. 83 idées, sur les 268, sont classées dans cette dimension. Par contre, les espaces de convivialité (29 représentations sur les 83) sont plus souvent évoqués que les temps de discussion sur le travail (20 représentations sur les 83). « Discuter » du travail n'est pas une évidence pour les encadrants.

D'autres ressources émergent de l'étude ; elles n'ont pas pu être classées dans les registres du métier. Nous les avons nommées les « ressources énergétiques » en référence aux travaux d'Hobfoll (1989). Ce sont les ressources qui vont soutenir l'action des encadrants et la santé au travail mais à un niveau plus politique, stratégique et budgétaire de l'entreprise comme la formation, les primes, les dispositifs d'accompagnement par un professionnel de santé. Elles sont le plus souvent négociées par les acteurs des services de ressources humaines et les partenaires sociaux. Si elles n'appartiennent pas directement à l'encadrement, leur mise en discussion demande à ces acteurs de les porter à un niveau supérieur. Aussi, un « éco-système » favorable à la discussion (Detchessahar, 2013) apparait nécessaire ainsi que les liens de subsidiarité entre les espaces de discussion locaux, méso, globaux (ibidem). Ainsi, l'étude confirme que « tout n'appartient pas aux managers » (Journoud & Pezé, 2012) et qu'ils ont aussi un rôle de traducteur en santé au travail (Desmarais & Chatillon, 2010).

Certaines ressources psychosociales, appartenant au métier, sont difficilement « classables » dans une instance. Leur étude nous permet de constater leur migration fonctionnelle (Vygostki, 2003). Celle-ci est possible par la discussion sur le travail ; elle permet la construction de règles de métier provoquant le développement des ressources psychosociales sur les quatre registres. La dynamique du métier est assurée par la discussion. Elle rend le métier « vivant » (Clot, 2008 ; Gaubert, 2012).

Notre troisième étude s'appuie sur ces constats pour élaborer des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Nous visons la dynamique du métier par la mise en discussion du travail pour construire de la santé au travail.

3.3. ÉTUDE 3 : Les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail



« Il m'a fallu du temps pour comprendre que lorsque vous parliez d'« espaces de discussion » ce n'était pas le moment du café. »
Cadre soignante après le colloque du 22 octobre 2014,
« Management et bien-être à l'hôpital »

Lors des études précédentes, nous avons mis en doute l'opérationnalité des risques psychosociaux pour concevoir des liens entre la santé et l'action des encadrants. Nous avons également interrogé le concept de ressources à partir des représentations des encadrants sur leur possibilité d'actions en santé au travail. Après avoir validé l'hypothèse qu'un « management par la discussion » (Detchessahar, 2013) dynamise les ressources psychosociales contenues dans les instances du concept psychologique du métier (Clot, 2006), notre troisième étude va tester l'opérationnalité de ce concept et ce qu'il produit lors de l'analyse de processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Pour cela, une recherche-action nous a permis d'instaurer différents espaces de discussion sur le travail avec des acteurs différents et une articulation entre ces espaces.

Dans cette partie de la recherche, nous avons pour objectif d'interroger trois hypothèses. Si parler du travail construit de la santé, donc, pour les encadrants, être acteurs de la santé des équipes revient à discuter le travail, c'est-à-dire, selon Detchessahar (2013) à instaurer un « management par la discussion du travail ». Or, l'état de la littérature précise que la discussion du travail rencontre de nombreuses résistances de la part des professionnels (Davezies, 2012 ; Clot, 2014). Nous précisons que le terme de « résistance » n'est pas utilisé dans le sens d'une passivité. « Le fait de résister, c'est d'opposer une force à une autre et de ne pas subir les effets d'une action. En contrepartie, la résistance d'un matériau signifie donc sa dureté, sa fermeté et sa solidité. (…) Lorsqu'elle est appliquée aux personnes, la résistance signifie la qualité physique par laquelle on supporte aisément la fatigue ou les privations et qui permet de soutenir un effort intense ou prolongé. Une personne peut être résistante à la fatigue, comme par exemple en voyage ; ce qui est synonyme d'endurance. Il est à noter que ces caractéristiques sont employées dans un sens plutôt positif. Dans le langage populaire, un caractère empreint de résistance signifie la fermeté, la force, la solidité et la ténacité. En ce sens, les gens résistants sont souvent perçus comme étant coriaces, durs à cuire, increvables, infatigables, robustes et solides. En termes guerriers, la résistance est l'action de s'opposer à une attaque par les moyens de la guerre et signifie la défense. C'est lorsqu'on se tourne vers l'action humaine ou les sciences humaines que le terme résistance devient davantage coloré négativement. Lorsqu'il est question d'influence, la résistance à un ordre signifie le refus d'obéis, la désobéissance, l'opposition, la rébellion, le regimbement. (…) En contexte organisationnel, la résistance est également synonyme de blocage, de frein, d'obstacle, obstruction et opposition, d'où vient sa signification traditionnelle. » (Bareil, 2004, p. 3). Linhart (2009, p. 75) élargit le concept à l'action collective face à la conflictualité inhérente au travail : « On fera l'hypothèse que le décalage entre travail prescrit et travail réel (qui est au fondement de nombre d'analyses en

sociologie, ergonomie et psychologie du travail) peut être interprété comme un espace de résistance. Ce décalage met en évidence, au cœur des situations les plus taylorisées du travail, une implication transgressive des salariés qui constitue une remise en cause des conditions de mise au travail à laquelle les salariés sont soumis ». Aussi, c'est avec un grand respect que nous étudierons les « résistances » à la discussion du travail des acteurs impliqués dans la recherche-action.

Nous faisons l'hypothèse que le concept psychologique du métier peut faciliter la discussion sur le travail. Il peut médiatiser la discussion sur le travail des professionnels et le développement de la santé (hypothèse 1). Toutefois, nous faisons également l'hypothèse qu'un « management par la discussion » pour prévenir les risques psychosociaux rencontre des limites (hypothèse 2). Alors, nous pourrons affirmer que le management par la discussion est facilité par la discussion du métier et qu'il construit de la santé pour les équipes dans certaines conditions.

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons construit un processus ouvert : une recherche - action. Son origine s'inscrit dans « la rencontre entre une volonté de recherche et un désir de changement » (Liu, 1997, p. 148). Elle nous a permis de mettre en œuvre différents espaces de discussion. Aussi, après avoir présenté le contexte de l'intervention, nous analyserons les résistances des processus de la discussion et ce qu'elles ont produit en termes de coopération et de santé.

3.3.1. Une recherche-action pour tester des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

Notre recherche s'inscrit dans le courant de la clinique de l'activité. Il se définit à la fois par son objet, sa démarche et sa visée. Les deux premières études ont circonscrit l'objet de la recherche et sa visée : L'action des encadrants dans les liens entre la santé et le travail. La démarche clinique s'inscrit dans une analyse qualitative (fondée sur l'expression symbolique) plutôt que quantitative (fondée sur la mesure). « Elle privilégie la compréhension plus que l'explication causale, laisse en suspens la question du régime de production du savoir et le rapport dialectique entre connaissance et action. » (Luilier, 2006, p. 182). En clinique de l'activité, la connaissance n'est pas déconnectée de l'action. « La production de connaissance est le résultat d'une activité réflexive dans l'action et réciproquement, cette dernière est source de validation de la connaissance. » (ibidem.).

Ainsi, la clinique de l'activité s'inscrit dans la tradition de la recherche-action définie par Clot (2001) : « comprendre pour transformer et transformer pour comprendre ». Les deux premières étapes de notre recherche ont cherché à comprendre dans l'objectif de transformer. Notre troisième étude vise à transformer pour comprendre. Á partir d'une démarche en recherche-action, notre intervention consiste à transformer la parole sur le travail pour étudier ce que cela produit sur la santé des équipes et sur l'action des encadrants. En proposant comme médiateur le concept psychologique du métier pour discuter le travail, nous souhaitons étudier son opérationnalité dans l'élaboration de dispositifs visant à soutenir l'action des encadrants en santé au travail.

La littérature et les résultats de notre précédente étude montrent que la discussion du travail permet la migration des ressources psychosociales sur les quatre registres du métier. Cette « migration fonctionnelle » (Vygotski, 2003) met en dynamique le métier ; elle permet l'élaboration des règles et des règles de métier pour réguler les tensions du travail. Nous faisons l'hypothèse que cette dynamique du métier contribue à la santé au travail. Nous souhaitons étudier cette hypothèse. Pour cela, il nous faut tester des processus d'intervention visant la dynamique du métier.

Dans un premier temps, nous présentons le contexte de l'intervention et les processus de construction d'espaces de discussion sur les métiers et le travail. Nous décrirons ensuite « l'éco-système organisationnel » favorable à la discussion qui a été élaboré avant de présenter les cycles d'activité qui se sont déroulés sur une période de 2 ans : de janvier 2013 à février 2015.

3.3.1.1. Le contexte de l'intervention en recherche-action

Contexte de la Fonction Publique Hospitalière

L'intervention en recherche action s'est déroulée dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) d'un centre hospitalier de la Fonction Publique Hospitalière. Les établissements de santé ont connu, ces dernières années, de nombreuses transformations liées aux réformes ministérielles :

- 2002 : Un décret relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière fixe le temps de travail hebdomadaire à 35 heures par semaine. L'organisation du travail s'est trouvée modifiée. Un des principaux reproches de ce décret est d'avoir diminué considérablement les temps d'échange dans les équipes (diminution des temps de relève entre les équipes postées, organisation plus contrainte du temps de travail).
- 2007 : La réforme hospitalière du « plan hôpital 2007 » impose à tous les établissements de santé français (public et privé) une tarification à l'activité (T2A). Elle donne un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières. L'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de l'activité. La T2A est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière ». Depuis 2007, les recettes issues des activités hospitalières déterminent les dépenses et non l'inverse comme précédemment. Ce changement de logique a des impacts sur la régulation de l'activité des professionnels ; les tensions se traduisent essentiellement dans des conflits de valeurs.
- 2009 : La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) impose une nouvelle gouvernance des établissements de santé. L'architecture générale de l'organisation interne de l'hôpital se trouve modifiée avec l'instauration de « pôles d'activité » regroupant plusieurs services sous l'autorité d'un chef de service (médical). Les

modalités de gestion humaine (nomination, missions, compétences) sont modifiées avec cette nouvelle strate hiérarchique aux zones d'autorité mal définies.

Ces différentes réformes imposent à l'hôpital une maîtrise des ressources utilisées par les établissements de santé dans un contexte plus général de contingentement fort des dépenses publiques régulièrement contrôlées par les tutelles que sont les Agences Régionales de Santé (ARS) et la Haute Autorité de Santé (HAS), entre autres acteurs dits « tutélaires ». Des contrats de « retour à l'équilibre » sont régulièrement négociés entre ces tutelles et les établissements de santé. Notre recherche-action s'inscrit dans ce contexte.

Présentation du terrain de la recherche-action

Notre recherche action a été conduite dans un Établissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cet établissement est intégré à un centre hospitalier de l'ouest de la France. Ce centre hospitalier est un établissement public de santé assurant une activité de court séjour en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), ainsi que des Soins de Suite Rééducation (SSR) et de gériatrie (moyen et long séjour). Cet établissement de santé compte 1 092 salariés permanents : 95 médecins, 779 soignants et 218 administratifs, techniques et logistiques. Il propose 715 lits, dont 220 en MCO, 92 en SSR et 403 en EHPAD (service gérontologie). Il comprend également un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Seul l'EHPAD fait l'objet de notre intervention. Il regroupe une capacité de 398 lits. Il représente le secteur le plus important de l'établissement. Ses activités sont réparties sur 2 sites éloignés d'une vingtaine de kilomètres :

- Site A : il concentre la majorité de l'activité de l'EHPAD, soit 300 lits. Il est divisé en 10 unités (chaque unité comprend une équipe de soins amenée à travailler ensemble sur 2 postes : matin ou après-midi auprès des mêmes résidents selon les plannings). Une équipe de nuit intervient sur l'ensemble de l'EHPAD. 5 cadres de santé sont présentes sur le site A au début de notre intervention.
- Site B : il compte 103 lits. Il est géré par une cadre depuis 31 ans. La répartition des équipes se fait sur les trois étages du bâtiment, soit 3 unités de soins. Ce site compte également un accueil pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce service a la particularité d'accueillir des personnes âgées ayant des maladies mentales et venant de services psychiatriques. Elles sont intégrées dans l'ensemble des résidents.

Les deux sites sont des maisons de retraites accueillant des personnes âgées plus ou moins dépendantes physiquement et/ou psychiquement. Chaque unité est composée d'une équipe de soin. Elles sont encadrées par des cadres de santé de proximité qui sont elles-mêmes sous l'autorité hiérarchique d'une cadre supérieure de santé. Elle est présente géographiquement sur le site A.

Outre ces équipes de soins, notre intervention a concerné une autre population de professionnels intervenant sur l'EHPAD : les agents de bio nettoyage. Cette équipe a été constituée lors des changements organisationnels qui ont motivés notre intervention. Elle se compose d'une équipe d'agents dédiés au nettoyage des locaux (chambres des résidents et parties communes) sur les deux sites. L'encadrement est composé d'une cadre et de ses deux adjointes (celles-ci ont également un temps dédié au nettoyage).

-

Cadre supérieure de santé	Cadres de santé	Cadre bio nettoyage	Adjointes au cadre bio nettoyage	**Effectif encadrement EHPAD**
1	6	1	2	**10**

Tableau 56 : Présentation de l'effectif de l'encadrement au 1er janvier 2013

Trois mois après le démarrage de l'étude, une cadre part en congé maternité. Elle ne sera pas remplacée. Ses équipes seront réparties auprès des cadres d'autres secteurs de l'EHPAD.

Infirmières	Aides-soignants	Agents hôtelier	Agents bio nettoyage	**Effectif des équipes**
38	111	55	23	**227**

Tableau 57 : Tableau des effectifs par métier au 1er janvier 2013

Des médecins salariés du Centre Hospitalier interviennent à l'EHPAD ; ils sont au nombre de 5, dont un médecin coordonnateur.

Contexte déclencheur de l'intervention

Dans un contexte économique difficile, le secteur gérontologique d'un Centre Hospitalier de l'Ouest de la France a dû répondre à l'injonction de l'Agence Régionale de Santé et mettre en place un « Plan de Retour à l'Équilibre » financier de l'EHPAD. Aussi, la direction de l'établissement a mis en place des mesures de restrictions budgétaires qui ont affecté, entre autres, l'effectif de l'EHPAD. Le personnel (hors encadrement) a été réduit de 10 % environ.

Pour adapter l'activité à la réduction d'effectif, la direction des soins et l'encadrement de l'EHPAD (dont le service technique de bio nettoyage) se sont fortement mobilisés sur les trois mois précédant la date de la restructuration prévue le 7 janvier 2013. Des groupes de travail ont été créés. L'ensemble des métiers de soins a été affecté non seulement par la réduction d'effectif mais par une redéfinition des métiers. Ainsi, pour chacun des métiers en lien avec les résidents :

- Les agents des services hospitaliers (ASH) sont chargés, dans les hôpitaux, de l'entretien et de l'hygiène des locaux. Lors du projet de réorganisation de l'EHPAD, la direction a mis en place un nouveau métier : **agents de prestations hôtelières** (APH). Ces personnels ont en charge la préparation sur plateau des petits déjeuners et des repas ainsi que la distribution des médicaments. Au moment de la restructuration, les agents des services hospitaliers de l'EHPAD ont eu le choix d'intégrer le nouveau métier d'agents de prestations hôtelières ou de quitter les équipes de soins pour rejoindre le service technique de bio-nettoyage.
- Les **aides-soignants** exercent leurs activités sous la responsabilité des infirmiers. Ils accompagnent les résidents dans les actes de la vie quotidienne. Ils réalisent des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie suite à un manque ou une perte d'autonomie. La fonction d'aide-soignant à l'EHPAD s'est recentrée sur ce « cœur de métier » avec la création du métier d'agent prestation hôtelier.
- Lors de la redéfinition des postes de chacun des métiers de soignants, la direction a demandé aux **infirmiers** de se positionner plus clairement dans la coordination des équipes sur le terrain.

Un travail en profondeur et en mode projet s'est réalisé avant notre arrivée sur la prescription de la restructuration. Sur le plan stratégique et politique de l'établissement, la directrice des soins avait comme ligne directrice d'organiser l'activité de ce secteur autour de l'organisation de vie des résidents. Des procédures ont été écrites ainsi que les nouvelles fiches de fonction,

notamment par la cadre supérieure du secteur gériatrique. Les nouvelles organisations et les nouvelles fonctions ont été testées dans une unité de soin de l'EHPAD trois mois avant le démarrage de la réorganisation.

Les objectifs négociés de l'intervention

Au démarrage de l'intervention, nous connaissions l'établissement de santé, car nous l'avions accompagné dans la mise en œuvre d'actions de prévention des risques psychosociaux depuis un an. Lors de ce travail en commun, l'encadrement, les membres de la direction, les partenaires sociaux et les professionnels de santé ont suivi des formations/sensibilisations de 2 jours sur la clarification de la notion de risques psychosociaux. Nous avons accompagné ces acteurs dans une évolution de leurs représentations afin qu'ils envisagent la prévention de la qualité du travail au-delà du risque psychosocial (et de la personnalisation des risques).

Nos intentions de recherche visent à tester des processus d'intervention afin de soutenir l'action des encadrants en santé au travail. Ils prennent en considération l'état de la recherche sur les liens entre la santé et le travail. Aussi, nous sommes partie de postulats issus de la littérature :

- La discussion sur le travail produit de la santé (Davezies, 2012, Clot & Stimec, 2013).
- Pour prévenir les risques psychosociaux, les encadrants doivent développer un management par la discussion ; celui-ci doit être outillé et soutenu (Detchessahar, 2013).

La recherche-action se caractérise par un objectif dual entre les chercheurs et les usagers (les acteurs internes à l'organisation impliqués dans la recherche-action). Dans le cadre de notre intervention, les objectifs duals ont été négociés et présentés aux acteurs institutionnels, aux encadrants et aux équipes sous cette forme :

- Élaborer et accompagner un processus d'intervention permettant de préserver la santé au travail des salariés dans un contexte de changement organisationnel.
- Élaborer et accompagner un processus d'intervention permettant de développer les compétences des encadrants en matière de santé au travail.
- Et, sur le plan stratégique, implanter une démarche pérenne en santé au travail

Nos objectifs de recherche se résument autour de deux enjeux :

Élaborer des activités avec pour objectif de tester l'opérationnalité du concept de métier dans la construction de processus visant à soutenir l'action des encadrants en santé au travail

Nous nous inscrivons en continuité des recherches qui visent à s'interroger sur le « comment ces formations émergentes peuvent contribuer à améliorer la prévention des risques psychosociaux en faisant des managers des acteurs de santé » (Journoud & Pezé, 2011, p. 3). Si nous utilisons la grille de lecture que nous avons précédemment développée à partir d'un Système des Ressources Psychosociales du Métier, nous pouvons constater que le reproche essentiel de ces formations est de se fixer sur le contenu. Aussi, pour tenter de palier à cet écueil, nous avons testé plusieurs organisations d'espaces de discussion en faisant varier le statut des participants, les objets de discussion et les méthodes pédagogiques.

Élaborer des activités avec pour objectif d'instaurer des espaces de discussion afin d'impulser un management par la discussion du travail

Notre contribution se propose d'éclairer les principes méthodologiques favorables à la durabilité et à la transformation des milieux de travail visant le développement de la santé au travail. Nous avons souhaité éviter les écueils détectés par les chercheurs dans l'élaboration de dispositifs soutenant l'action des encadrants en matière de santé au travail :

- Des écueils liés à la dynamique de l'intervention
- Des écueils liés au contenu de l'intervention

« Il peut, en effet, être réducteur d'enfermer la question de la prévention des problèmes de santé psychique au travail dans des schémas de contenus et d'actions que l'on calque quels que soient les milieux professionnels, en se centrant uniquement sur l'altération et le risque, car le grand défaut de cette approche est qu'elle ne traite qu'une partie de la question sans porter son attention sur sa pertinence dans la durée. L'intervention peut tendre à devenir autre chose qu'une accumulation de contenus « maîtrisés » qui participe à éloigner les acteurs organisationnels d'une lecture responsable de l'activité de travail. » (Rouat, 2013, p. 58-59). Pour répondre à ces enjeux, nous avons élaboré ce que Detchessahar (2013) nomme un « éco-système organisationnel » favorable à la discussion.

3.3.1.2. Élaboration d'un « éco système organisationnel » favorable à la discussion du travail et du métier

« Mettre en discussion le travail est un enjeu fort en termes de santé et, plus largement, de performance. Dans le même temps, l'ouverture d'espaces de discussion du travail est éminemment problématique tant l'ouverture du débat critique sur le travail est porteuse d'enjeux interpersonnels et organisationnels forts. » (Detchessahar, 2013, p. 68). Aussi, la discussion sur le travail va demander une organisation qui vise à dépasser les résistances à discuter du travail, mais également à s'installer durablement dans les organisations. Pour répondre à ces enjeux, nous avons cherché d'une part à impliquer les acteurs « organisationnels » dans l'ensemble du processus et, d'autre part, à construire des espaces de discussion à différents niveaux politiques dans l'organisation.

Les acteurs concernés par un « éco système organisationnel » favorable à la discussion du travail

Les processus d'intervention initiés dans la recherche-action s'appuient sur la conception d'espaces de discussion sur le travail, c'est-à-dire que nous avons mis ensemble plusieurs acteurs en capacité de discuter du travail avec une visée pédagogique (apprendre à discuter du travail) et une visée opérationnelle (développer les ressources psychosociales du métier en élaborant des règles de métier par la discussion). Pour répondre à ces objectifs, nous avons fait varier la participation des acteurs lors de la mise en action de ces espaces de discussion. Une recherche-action est un processus ouvert. Cette intervention avait pour objectif d'accompagner un changement organisationnel. Or, dans tout changement, plusieurs acteurs sont impliqués. Bareil (2009) distingue trois types d'acteurs qui vont graviter autour du destinataire du changement :

- **Les décideurs**

Dans le cas de notre recherche, sont les commanditaires (directrice de l'EHPAD, directeur des ressources humaines, directrice des soins et, lors de la présentation de notre proposition, l'ensemble des agents de direction soit le directeur financier, le directeur logistique, le directeur

qualité). Les commanditaires initient la démarche, évaluent la cohérence des actions avec la politique de l'entreprise. Nous le nommons « **comité de direction** » dans notre étude. Ils sont les **décideurs**, c'est-à-dire les acteurs qui ont pris la **décision stratégique** d'apporter un changement à l'organisation.

- **Les acteurs du changement**

Les agents du changement ont pour mission de soutenir la mise en œuvre du changement. Nous distinguerons les acteurs du changement internes des acteurs du changement externes.

  - **Les acteurs du changement internes** sont **les encadrants** qui ont en charge de faire appliquer et de contrôler la bonne application de la nouvelle organisation.
  - **Les acteurs du changement externes** sont **les intervenants** extérieurs à l'organisation. Ils ont également pour mission d'accompagner le changement.

De notre point de vue, et nous avons élaboré les dispositifs de discussion du travail avec cette perspective, ces deux acteurs du changement (internes et externes) se complètent. Ils sont tous les deux des « experts naïfs » : l'un (interne) partageant avec l'autre (externe) son expertise de l'organisation concrète de terrain, de la connaissance des équipes, de leur histoire ; et l'autre (externe) proposant son savoir et sa connaissance des processus d'accompagnement des individus, des collectifs et des organisations. Ces acteurs influent sur la mise en œuvre du changement, mais n'en sont pas directement destinataires.

- **Les destinataires du changement**

Ils sont les acteurs concernés par le changement et qui doivent s'adapter à ses exigences. Le plus souvent, il est l'acteur à qui s'impose la modification de l'organisation et de son activité. Dans le cadre de notre intervention, tous les professionnels intervenants à l'EHPAD (personnel soignant et de bio-nettoyage) ont été, collectivement, les acteurs du changement. Bareil (2009, p. 21) insiste sur la nécessité de se préoccuper des destinataires du changement pour quatre raisons :

- « Le destinataire est un acteur puissant sous-estimé » ; en effet, les changements d'organisation sont possibles uniquement si le destinataire s'approprie les nouvelles façons de réaliser le travail. Malgré le travail de prescription réalisé par les acteurs du changement (les encadrants notamment), le destinataire va adapter, enrichir et parfois améliorer la prescription en l'adaptant au réel des situations.
- « Les mentalités et les valeurs de gestion ont évolué ». Bareil (2009) rappelle les liens entre le bien-être et la performance.

- « Le taux d'échec des changements est élevé ». Une étude réalisée par l'HIRES (2008) rappelle le coût des échecs liés à une non-considération des destinataires du changement dans les réorganisations.
- « Les coûts sur le plan humain sont importants ». Cette auteure signale qu'un changement organisationnel non accompagné se traduit par des impacts négatifs sur la santé des salariés.

L'enjeu des espaces de discussion mis en place dans la recherche-action a été d'impliquer l'ensemble de ces acteurs dans le changement organisationnel en favorisant leur pouvoir d'agir.

Ainsi, nous avons proposé et bâtit un éco-système organisationnel de la discussion en renforçant le niveau stratégique et politique. Pour cela, après avoir validé stratégiquement l'intervention avec les décideurs composés du Comité de Direction de l'établissement (directrice, directeur des ressources humaines, directrice des soins, directeurs financier, logistique et de la qualité), nous avons constitué un « **comité de pilotage** » avec un rôle décisionnel à des moments clés de l'intervention afin d'adapter le processus ouvert de la recherche-action. Il est composé de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'intervention.

Nous nommerons les **acteurs institutionnels** les personnes désignées dans les organisations par les textes de loi comme acteurs de la santé des salariés. Ce sont :

- **Les membres de la direction** : La directrice, le directeur des ressources humaines, la directrice des soins, le directeur qualité et la directrice logistique seront présents aux réunions de comité de pilotage.
- **Les membres des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail** (CHSCT) ont pour mission de veiller à la santé des salariés. Deux représentants (dont la secrétaire du CHSCT et aide-soignante à l'EHPAD sur le site B) des deux organisations syndicales représentées dans l'établissement sont présents sur l'ensemble des comités de pilotage organisés ;
- **Les professionnels de santé** : la médecin du travail et la psychologue du travail seront conviées. Elles ont assisté à trois réunions sur les cinq organisées au cours de l'intervention.

Les acteurs du changement internes et externes sont également présents aux réunions de comité de pilotage :

- **Les acteurs du changement internes** : l'ensemble de l'encadrement, soit les 10 cadres de l'EHPAD, est membre du comité de pilotage ;

- **Les acteurs du changement externes** : Elles sont au nombre de trois « chercheurs acteurs » (Liu, 1997) ; elles ont été présentées au paragraphe
    - Christine Faure Patras, psychologue du travail et des organisations
    - Carole Charras, psychosociologue.
    - Annie Debard, psychologue du travail et des organisations.

Nous avons également choisi d'intégrer, à partir du deuxième comité de pilotage des **interlocuteurs indirects, la communauté scientifique**. En amont, ils ont été sollicités pour évaluer la réponse à la demande de l'EHPAD et faire le lien avec l'objectif de production de connaissances. Ils ont joué un rôle de soutien des chercheurs acteurs et ils ont été les dépositaires des « valeurs de la recherche en tant que source des connaissances et des compétences des chercheurs. » (Liu, 1997, p. 155). Ils ont été au nombre de 2 :

- Philippe Sarnin
- Thierry Gaubert, psychologue du travail et des organisations (déjà présenté ci-dessus)

Philippe Sarnin est psychologue et docteur en sociologie des organisations. Il est professeur à l'Université de Lyon où il dirige le Master professionnel de Psychologie du travail et des organisations et le département de psychologie sociale et du travail. Ses recherches actuelles, menées au sein du Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS), concernent les différentes formes de souffrance psychologique en lien avec le management des organisations, et les rapports entre santé et travail.

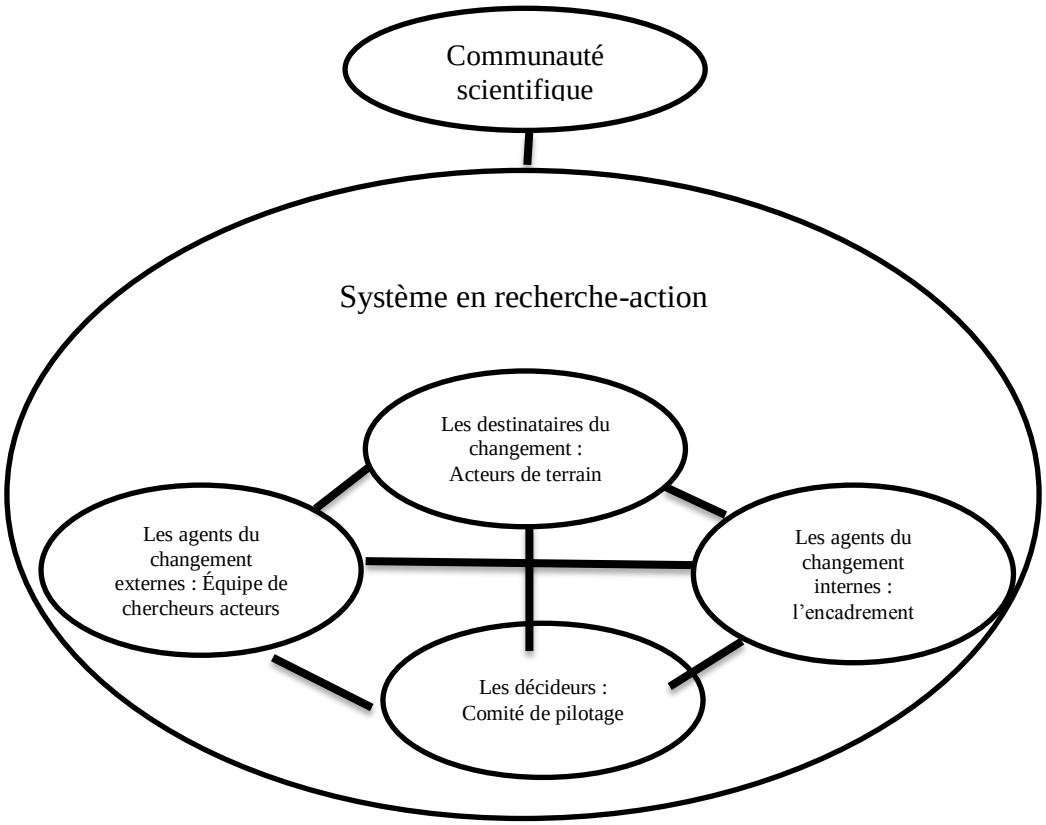


Figure 4 : Présentation des interlocuteurs de la recherche-action menée à l'EHPAD d'après Liu (1997)

Dans le cadre méthodologique préconisé par la clinique de l'activité, notre intervention a un double objectif de production de connaissances et d'actions : « comprendre pour transformer et transformer pour comprendre ». Pour cela, nous avons souhaité adopter une démarche progressive où la co-construction entre les différents acteurs internes à l'organisation et externes (les chercheurs acteurs et la communauté scientifique) a été centrale. Elle a permis la cohérence entre ce qui se pense et se dit (la connaissance sur les liens entre santé et travail) et ce qui se fait (l'action). La recherche-action s'est imposée comme méthodologie ; ce « dispositif qui crée une situation en décalage à l'intérieur du cadre habituel et induit ainsi une rupture par rapport à l'ordinaire. C'est ce décalage qui favorise l'émergence d'une réflexivité subjectivante. » (Luillier, 2006, p. 182). La démarche que nous avons adoptée s'est construite progressivement avec l'ensemble de ces acteurs pour élaborer un processus d'intervention visant

- à développer les ressources psychosociales du métier par la discussion du travail
- à soutenir l'action des encadrants dans le développement de la santé et à développer leurs compétences en « management par la discussion ».

Les différents niveaux de discussion

« Il faut avoir un espace de discussion avec la direction
parce que le « non » collectif ce n'est pas le « non » individuel »
Cadre de santé de l'EHPAD

« La discussion a fondamentalement une fonction politique » (Detchessahar, 2013, p. 61). Elle a pour objectif de comprendre pour transformer le travail à différents niveaux. Detchessahar (ibid.) propose trois niveaux politiques des espaces de discussion :

- Espaces de discussion locale lorsqu'il s'agit de mettre en discussion des objets opérationnels du travail entre des participants qui partagent ces mêmes objets dans un espace de lieu et de temps.
- Espaces de discussion globale pour les espaces de discussion qui concernent des conversations stratégiques de l'entreprise.
- Espaces de discussion méso réunit les participants des niveaux locaux et globaux afin d'assurer un lien de subsidiarité entre les strates hiérarchiques.

Il nous faut préciser la notion d'espaces de discussion que nous allons très fréquemment utiliser dans l'analyse de cette recherche. Nous utilisons le terme d'espace de discussion pour rendre compte d'un espace « outillé » en termes de lieu géographique (en milieu professionnel), de temporalité (inscrit dans un emploi du temps considéré comme un temps de travail avec un horaire précis de début et de fin), d'objets de discussion (sur la conflictualité du travail) et des techniques d'animation permettant l'expression de l'ensemble des participants. Nous nous rapprochons de la définition donnée par Detchessahar (2013, p. 59) sur la définition des espaces de discussion : « l'espace de discussion est le medium à travers lequel se réalise l'ensemble des arrangements, compromis et bricolages que supposent l'incomplétude de la prescription et le caractère irréductiblement erratique de l'activité concrète ».

Liu (1997) propose d'analyser les cycles d'activité d'une recherche-action selon 5 étapes :

- 1 - Diagnostic
- 2 - Formulation de la problématique
- 3 - Hypothèses et choix d'action
- 4 - Mise en œuvre
- 5 - Évaluation

Ainsi, ce processus nous a permis de concevoir les différents espaces de discussions que nous avons mis en place lors de notre expérimentation sur le terrain. Les espaces de discussion

globaux sont les réunions du comité de pilotage où la stratégie du centre hospitalier et de l'intervention s'ajustait après discussion. Ils ont été organisés à chaque étape de changement de cycle d'activité. Ils ont permis, collectivement, de réaliser une évaluation (5) des actions mises en place afin de partager collectivement un diagnostic (1). Les problématiques (2) émergent de ces discussions et ont permis de faire des hypothèses et de décider la poursuite des actions (3 et 4), le plus souvent après les avoir adaptés.

En ce qui concerne les espaces de discussion auprès des destinataires du changement, nous avons choisi de concevoir des espaces locaux et mésos :

- Dans un premier cycle d'activité, des espaces de discussion locaux ont réuni les destinataires du changement par métier pour débattre collectivement des ressources psychosociales des métiers dans un contexte de changement organisationnel. Parallèlement, des espaces de discussion locaux, à destination des agents du changement internes, ont permis aux encadrants d'acquérir des connaissances sur « comment favoriser la créativité des équipes » sur un mode formatif (espaces de discussion avec les agents du changement externes, soit en collectif, soit en individuel) et de renforcer le soutien social entre cadres de santé dans des espaces d'analyse des pratiques managériales en discutant des difficultés rencontrées.
- Ensuite, les espaces de discussion ont évolué vers un niveau « méso ». Ils ont réuni les encadrants, les agents de terrain, tout métier confondu, mais par unité de travail. D'autres espaces ont été sollicités par les encadrants, afin de réunir la direction et les cadres de santé. Cette demande s'est manifestée dans un deuxième temps. Alors qu'un de leur poste était menacé, les cadres ont souhaité mettre en discussion leur métier entre elles, puis avec la direction afin d'obtenir le « pouvoir d'agir » sur leur organisation dans le cadre de cette baisse d'effectif.

Pour l'organisation des espaces de discussion avec les agents de terrain, il nous a été imposé un impératif : les rencontres se déroulaient sur 2 heures en fin ou début de poste, soit de 12 heures à 14 heures ou de 14 heures à 16 heures. Les rencontres avec les encadrants ou la direction étaient plus souples en termes d'horaires. La durée n'a jamais excédé 3 heures. Nous sommes toujours intervenues sur le terrain des acteurs. Nous avons veillé à instaurer de la convivialité lors de ces temps de travail en commun : nous avons apporté café et petits gâteaux ; sauf pour les réunions avec la direction où café et chocolat nous étaient offerts.

Période d'intervention	Niveau politique des espaces de discussion	Caractéristiques de l'espace de discussion	Participants	Objets de discussion
Novembre 2012 Janvier 2014	Globaux	Comité de direction (2 réunions sur l'ensemble de la démarche)	Les agents de direction (directrice, DRH, directrice des soins, 4 agents de direction des services logistiques et administratifs)	Lieu de validation des actions et de la démarche stratégique
Février 2013	Globaux	Comité de pilotage	Les acteurs organisationnels	Co-élaboration du dispositif
Mars à juin 2013	Locaux	Ateliers Métier	Les professionnels par métier : infirmiers, aides-soignants, agents hôteliers, agents nettoyage médecins	Le métier : ses difficultés, ses ressources, les tensions de l'activité, les valeurs individuelles et collectivement partagées, la place de l'expérience dans le métier, la conscience professionnelle
Mars à juin 2013	Locaux	Analyse des pratiques managériales (3 séances)	Les cadres de santé (5 participants)	Les problématiques managériales
Avril 2013	Globaux	Comité de pilotage	Les acteurs organisationnels	Co-élaboration du dispositif
Avril et mai 2013	Locaux	Formation (2 jours)	L'encadrement (9 participants)	La créativité au travail Les outils d'animation d'une réunion pour favoriser la créativité
Mars à juin 2013	Locaux	Entretiens individuels	L'encadrement (9 participants)	Les attentes vis-à-vis de la démarche, le mode de fonctionnement managérial
Juillet 2013	Globaux	Comité de pilotage	Les acteurs organisationnels	Co-élaboration du dispositif
Octobre à décembre 2013	Méso Locaux	Groupes constitués par équipes de travail Intervenant et cadre d'un service	Les équipes des unités de travail (14 unités de travail : 13 unités de soignants 1 unité bio nettoyage) Préparation et co animation avec le cadre du service	Sélection des situations de travail problématiques recueillies lors des espaces de discussion par métier
Février 2014	Globaux	Comité de pilotage	Les acteurs organisationnels	Co-élaboration du dispositif
Février à septembre 2014	Méso Locaux	Groupes de 5 à 10 professionnels Intervenant et cadre du service	Les unités de travail Préparation et co animation avec le cadre du service	Les situations de travail problématiques (1 situation par groupe de travail réunissant jusqu'à 3 séances les professionnels)
Février 2015	Globaux	Comité de pilotage	Les acteurs organisationnels	Co-élaboration du dispositif

Tableau 58 : Les espaces de discussion mis en place lors de la recherche-action

Le recueil des données

Pour répondre à l'objectif de recherche de cette partie de l'étude, nous avons recueilli des données lors des différents espaces de discussion que nous avons mis en place au cours de la recherche-action. Les méthodologies de recueil de données se sont adaptées au contexte :

- Enregistrement pour les réunions de comité de pilotage
- Prise de notes lors des entretiens collectifs et entretiens individuels sur le contenu des échanges (thèmes et problématiques abordés) pour les trois chercheurs acteurs.

Toutes ces données ont été traitées avec la méthode d'analyse par Théorie Ancrée. D'après Glaser et Strauss (1967), il faut éviter de traiter les données en sélectionnant, a priori, les extraits mais il faut plutôt les « écouter ». « En d'autres mots, ce sont les concepts qui doivent s'ajuster aux données empiriques et non l'inverse » (Guillemette, 2006, p. 39). Concrètement, la cueillette des données s'est déroulée à la fois dans l'action (lors de l'animation d'espaces de discussion), pendant le dialogue interindividuel (notamment avec l'encadrement) et pendant la réflexion de la chercheuse au moment de la rédaction du journal de bord. (Dionne, 2009, p. 81). Nous n'avons donc pas sélectionné, a priori, les matériaux. L'ensemble de nos notes a été traité par la méthode décrite par Paillé (1994) :

- Étape 1 : Les verbatim des participants ont été segmentés par problématiques et notés dans un tableau Excel
- Étape 2 : A la lecture de ces différents verbatim, nous avons identifié des thèmes émergeant
- Étape 3 : Nous avons regroupé les thèmes par catégorie.
- Étape 4 : Les catégories ont été analysées
- Étape 5 : Les éléments (indicateurs, propriétés de l'objet traité) émergeants des catégories ont permis de faire du lien avec le cadre conceptuel de notre recherche.

Nous sommes toutefois consciente que lors de la prise de note, notre écoute pouvait être orientée vers notre objet de recherche. Nous reconnaissons la subjectivité du chercheur dans cette méthodologie dans le recueil des données. Par contre, la méthode en Théorie Ancrée permet la production de connaissances. Elle nous a permis d'enrichir les concepts utilisés dans notre recherche.

3.3.1.3. La co construction des cycles d'activités de la recherche-action

Notre intervention s'est déroulée en cinq phases distinctes dont la phase initiale d'implantation de la recherche action et la phase de conclusion visant la pérennisation de la démarche de prévention en santé au travail par un travail d'évaluation de la recherche action.

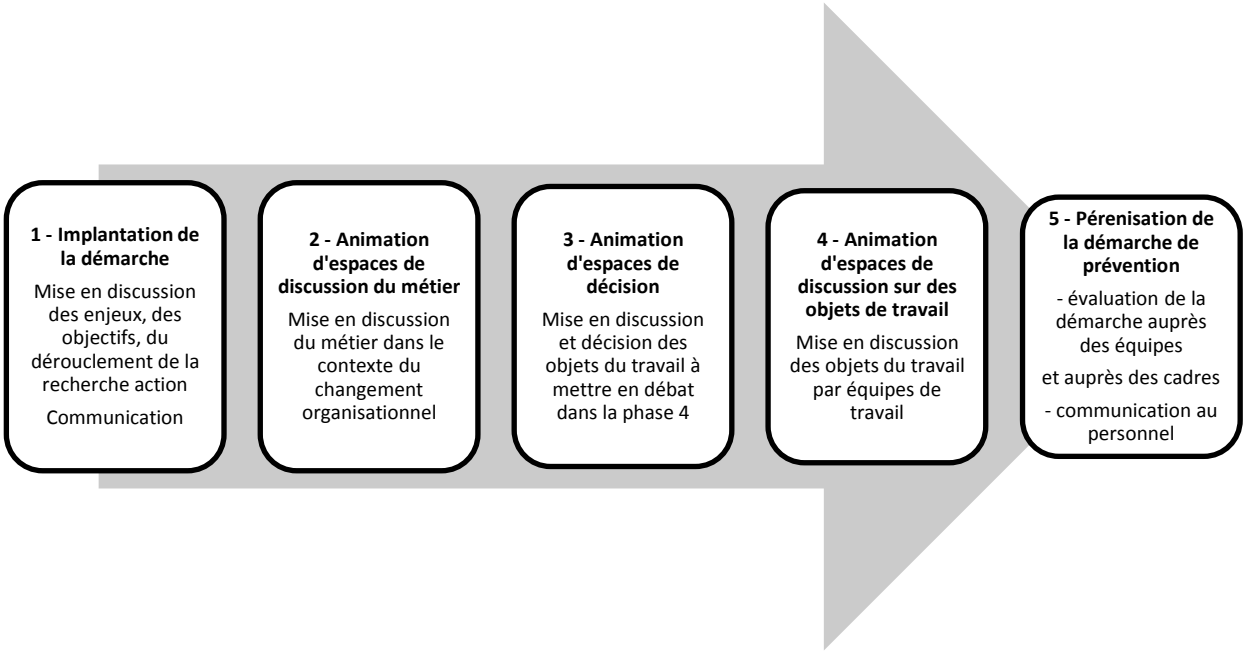


Figure 5 : Les cinq phases de la recherche-action

Phase d'implantation de la démarche (étape 1)

Une recherche-action repose sur la participation réelle des acteurs impliqués dans la démarche. Or, pour obtenir une participation autre que physique, la phase d'implantation de la démarche est primordiale. Aussi, notre problématique a pu s'énoncer ainsi : quelles sont les actions à mettre en œuvre pour établir un travail conjoint entre trois systèmes d'acteurs internes (équipes, encadrement, acteurs institutionnels) et avec un système d'acteurs externes (chercheurs acteurs et communauté scientifique) ?

La phase d'implantation de la démarche a pour objectifs prioritaires de :

- Présenter les objectifs, les activités proposées, la chronologie des actions, les modalités de mise en œuvre

- Communiquer auprès des acteurs internes impliqués par la recherche-action
- Engager les acteurs internes dans le processus de la recherche-action

Cette phase s'est déroulée de janvier 2013 à mi-mars 2013.

Date	Participants	Objectifs	Cadre de la discussion
28 janvier 2013	COMITÉ DE DIRECTION Comité de direction (7)	Partager le contexte d'intervention, les enjeux de la direction et des chercheurs acteurs Valider les objectifs stratégiques de l'intervention	Réunion de 2 heures dans le bureau de la directrice du centre hospitalier
29 janvier 2013	CHSCT	Présentation de la démarche (enjeux, objectifs, déroulement)	Au cours de la réunion trimestrielle du CHSCT
4 février 2013	COMMUNICATION AU PERSONNEL DE L'EHPAD	Présentation de la démarche (enjeux, objectifs, déroulement) et modalités de participation aux différents espaces de discussion	Réunion en fin de journée sur 1 h dans la salle de spectacle de l'EHPAD
12 février 2013	COMITÉ DE PILOTAGE	Mise en discussion de la démarche (objectifs, organisation, déroulement)	Réunion de 2 heures
22 février 2013	RÉUNION D'ENCADREMENT PERSONNEL EHPAD	Présentation de la démarche, discussion sur l'organisation concrète de la démarche (dates, horaire, incitation du personnel dans la démarche)	Réunion de 3 heures
26, 27 février, 7,15 mars 2013	OBSERVATION TERRAIN	Observation terrain sur un poste (7 h/ 13 h) avec un métier : agent prestation hôtelière, agents bio nettoyage, infirmières, aides-soignants	Les chercheurs acteurs se sont partagés les métiers à observer et ont suivi, sur un poste, un professionnel
5 mars 2013	RÉUNION MEDECIN DE L'EHPAD	Recueillir les attentes des médecins vis-à-vis du dispositif et proposer des espaces de discussion adaptés	Entretien individuel 2 heures
Mars 2013	COMMUNICATION AU PERSONNEL PAR UNITE	Présentation de la démarche auprès de l'ensemble des équipes (unités)	20 min au moment des relèves ou pauses
25 mars 2013	REUNION INTERNE POUR LES CHERCHEURS ACTEURS	Synthèse des observations (réunions et observations), ingénierie du premier cycle d'activités de la recherche action	Réunion 3 heures

Tableau 59 : Espaces de discussion lors de la phase d'implantation

Pour nous, travailler en commun signifiait établir une coopération entre acteurs malgré les statuts et les intérêts différents. En effet, « toute coopération s'accommode mal d'une distribution trop inégale de pouvoir entre ses membres. » (Liu, 1997, p. 209). Nous ne souhaitions pas apparaître comme des experts sachant s'adressant à des « non sachant ». Au cours de la recherche-action, nous avons cherché à être cohérents entre notre pensée (nos approches théoriques en santé au travail), nos propos (les échanges dans les différents espaces de discussion mis en place avec les différents acteurs) et nos actions (la mise en œuvre des accompagnements des acteurs de terrain).

Aussi, nous avons eu pour hypothèse qu'en se positionnant comme des « experts naïfs » dès le début de l'intervention et auprès de l'ensemble des acteurs que nous allions côtoyer au cours de différents cycles d'activité, nous pourrions établir les bases d'une participation de tous effective et constructive. Celle-ci, de notre point de vue, garantie non seulement l'engagement des acteurs dans les cycles d'activité proposés mais également la pérennité de la démarche. Notre posture d'expert naïf se définit dans l'expertise (connaissances des processus d'intervention et des processus contribuant à renforcer et soutenir les liens entre la santé et le travail), mais également naïf (dans l'organisation du travail, ses enjeux, sa conflictualité des lieux où nous intervenons). Aussi, notre posture nous incite à impulser des processus, à être force de proposition, mais ensuite à laisser la décision aux « experts » de leur propre organisation (fonctionnelle et relationnelle).

Pour « donner à voir » cette posture à nos interlocuteurs internes, nous avons fait preuve de flexibilité : « gardiens » des processus et des objectifs négociés, la phase d'implantation a eu pour objectif de fixer un éco système organisationnel favorable à la discussion sur le travail ainsi que les objectifs collectivement partagés. En revanche, en ce qui concerne la phase d'intervention, entre ce qui était prévu au départ et ce qui a été réalisé, la discussion de l'intervention, notamment lors des comités de pilotage a créé un écart. Aussi, après avoir présenté les grandes lignes de ce qui était prévu au démarrage, nous proposons de décliner les trois étapes de l'intervention.

Phase d'intervention (étapes 2, 3 et 4)

Lors du déroulement de la recherche-action, nous avons maintenu le cadre fixé lors de la phase d'implantation de la démarche :

- Les objectifs collectivement partagés de l'intervention
    - Préserver la santé des salariés dans un contexte de changement organisationnel.

    - Développer les compétences des encadrants en santé au travail.
- La méthode d'intervention : la mise en place de différents espaces de discussion sur le travail.

Nous devons préciser la définition donnée à ces espaces de discussion. En effet, nous avons constaté que les encadrants associent ce terme à des espaces de convivialité que nous pouvons nommer des « espaces de conversation ». Ainsi, à la fin d'un colloque sur le thème du « Management et bien-être au travail à l'hôpital » (2013), alors que l'ensemble des intervenants ont « mis en discussion » les espaces de discussion, une cadre nous a interpellés pour nous faire part de sa difficulté à comprendre qu'il n'était pas (seulement) question des temps où le personnel boit un café ensemble. Les « espaces de discussion » que nous avons instaurés sont tout d'abord des « espaces » structurés en lieu (sur le lieu de travail, dans une salle de réunion où nous ne sommes pas dérangés) et en temps (un temps dédié, sur le temps de travail avec une durée précisée). Ils sont ensuite des espaces de « discussion » où le travail est un objet central des échanges entre les participants. La « discussion » sur le travail est soutenue par les intervenants par des techniques d'animation qui vont permettre à l'ensemble des participants de participer aux échanges sur le travail. Ces « espaces de discussion » visent à soutenir la difficile expression sur le travail (Davezies, 2012). Mais ils ont aussi un objectif de « mise en visibilité des tensions de l'activité et un travail continu de fabrique de compromis d'action permettant pour un temps de fixer le cap (Detchessahar, 2013, p.75). En cela, ils servent à « fabriquer de l'initiative. Donc, cela fabrique de la capacité d'agir » (Clot & Stimec, 2013).
Nous retenons le verbe utilisé par Clot & Stimec (ibid.) : « fabriquer » pour signifier le caractère « artisanal » de ce qui a été construit dans les différents espaces de discussion créés par l'ensemble des acteurs. Si nous savions où nous allions, nous avons « fabriqué » le contenu de ces espaces au fil de l'intervention, un espace de discussion en construisant un autre. Aussi, le terme que nous avons utilisé pour désigner ces espaces de discussion auprès des acteurs de terrain dès le début de l'intervention nous semble adapté : « les ateliers ressources ».

Avant le démarrage de l'intervention, pour répondre à nos objectifs, nous avions prévu deux cycles d'activité qui correspondent à deux catégories « d'ateliers ressources » :

- Des ateliers ressources « métier »
- Des ateliers ressources « équipes »

Les « ateliers ressources métiers » ont été réalisés comme nous l'avions prévu ; par contre, les « ateliers ressources équipes » ont été modifiés.

Étape 2 : Les « ateliers ressources métier » des équipes

Nous entrerons plus précisément dans le contenu des « objets » discutés dans le chapitre suivant. Il s'agit, ici, de dérouler les étapes clés de l'intervention ainsi que ce qui s'est modifié à partir des discussions avec les acteurs de terrain.

Dans la première phase de l'intervention, nous avons prévu et réalisé des espaces de discussion à destination des professionnels soignants et de bio-nettoyage. Les participants ont été regroupés sur la base du volontariat, par métier.

Date	**Qui a été impliqué ?**	**Nombre de groupes prévus**	***Nombre de groupes réalisés***	**Nombre séances prévues**	***Nombre séances réalisées***	**Nombre d'heures réalisées**	**Nombre de participants**	**Taux participation**
D'avril à fin juin 2013	Médecins	1	***1***	4	***3***	6	6	**100 %**
	Infirmiers	1	***2***	4	***10***	20	11	**29 %**
	Aides-soignants	3	***3***	12	***15***	30	24	**22 %**
	Agents hôteliers	2	***2***	8	***8***	16	10	**18 %**
	Agents bio-nettoyage	1	***2***	4	***8***	16	14	**61 %**
	Totaux	8	***10***	32	***44***	88	65	**28.6 %**

Tableau 60 : Espaces de discussion par métier

Pour discuter le travail, nous avons choisi de mettre en débat, les quatre registres du métier. Toutefois, nous avons intégré « l'alerte » de Clot (2013, p.117) « chez les psychologues, la tentation, c'est toujours de penser que le métier, ce sont ceux qui le font directement qui en sont propriétaires ». Aussi, la discussion sur le métier avait pour objectif de mettre en visibilité les contraintes et les ressources liées aux quatre instances du métier, soit les tensions des métiers. Dans un deuxième temps, il était prévu une restitution de la synthèse des discussions (après validation par les groupes) auprès des équipes.

L'ingénierie de ces « ateliers ressources métiers » porte sur la temporalité, les outils utilisés pour soutenir la discussion et la formalisation de ces espaces de discussion. Ils se sont déroulés

sur une période de 3 mois (avril à juin 2013) avec 4 séances par groupe métier, espacées de 15 jours environ et sur une durée de 2 heures. Les participants se sont inscrits auprès de leur cadre de proximité. Les plannings des équipes ont été aménagés par les cadres afin de permettre aux inscrits de participer aux ateliers soit avant leur prise de poste du soir (de 12 heures à 14 heures) ou après leur poste (de 14 heures à 16 heures). Ce temps a été considéré comme du temps de travail récupérable. Certains participants sont revenus sur leur lieu de travail pendant leurs congés.

Les outils utilisés pour soutenir la discussion ont été débattus entre les chercheurs acteurs. Les méthodes d'intervention issues de la clinique de l'activité ont été discutées, mais non retenues. Dans cette intervention nous avions un double objectif : préserver la santé des salariés et développer les compétences des encadrants. Nous n'avons pas choisi de les former sur les méthodes d'auto confrontation croisée et/ou de l'instruction au Sosie (ce qui reste discutable). Ces méthodes s'appuient sur des bases théoriques précises et notre intention n'était pas de « transformer » les encadrants en analystes du travail. Des méthodes plus faciles d'accès (en apprentissage et en utilisation) nous ont semblé plus pertinentes dans notre contexte d'intervention et plus facilement transférables. Nous avons utilisé les méthodes du Photolangage, du Métaplan et du Blason. Pour faire émerger les ressources de l'instance Transpersonnelle, nous avons utilisé la méthode du blason.

Méthode d'animation en Photolangage

« La méthode Photolangage constitue un cadre qui va permettre à un animateur-intervenant d'organiser des échanges dans un groupe à partir d'un choix personnel de photographies par chaque participant. » (Bélisle, 2014, p. 35). Cette méthode donne accès aux représentations des participants. « Par représentations, nous entendons ici les constructions mentales, symboliques et dynamiques, sous-jacentes à toutes les interactions humaines. Ces constructions, qui sont de l'ordre des connaissances, résultent du travail cognitif et psychique se déroulant au cours des interactions sociales. » (ibidem, p. 42). Cette méthode présente de nombreux avantages pour faciliter la discussion autour d'un objet déterminé par l'animateur. Dans notre contexte d'intervention, les objets mis en discussion sont les situations de travail, au quotidien, en tension du point de vue des professionnels (encadrement et équipes). La méthode permet de donner la parole à l'ensemble des participants. « Dans le travail de groupe utilisant le Photolangage, chacun est invité à choisir des photographies correspondant au mieux à sa représentation ou ses représentation de la réalité. Aussi, importe-t-il que les photographies aient été choisies de façon à solliciter au mieux les représentations mentales de chacun. Une photographie est

effectivement vue à travers le système de valeurs de chacun et son effet d'objectivité est lié à sa capacité à reproduire la réalité telle que chacun se la représente. » (ibidem, p. 43). Les photographies sont des objets médiateurs pour partager des points de vue, des représentations de la réalité des participants. De notre point de vue, cette méthode permet un apprentissage à la discussion pour un groupe (une équipe et son encadrant en l'occurrence). La méthode est structurée en trois temps : un temps de réflexion personnelle qui est un temps d'élaboration interne de la pensée et de la structuration de l'échange à venir ; un temps de partage où la photographie devient médiatrice dans l'échange : après la présentation d'un participant, l'ensemble du groupe est convoqué par l'animateur à approfondir, à discuter ce qui vient d'être dit dans le respect de la représentation de chacun) ; ensuite un temps de réflexivité conclut les échanges sur ce qui a été vécu, ce qui est retenu et appris aussi bien sur l'objet mis en discussion que sur le fonctionnement du groupe. Ces espaces de discussion, avec la méthode du Photolangage, ne sont pas des espaces de décision. Ces derniers viennent dans un autre temps qui peut suivre la séance de Photolangage ou être différée dans le temps. Dans la recherche action, cette méthode a été utilisée pour permettre l'apprentissage à la discussion (débattre de sujets parfois émotionnels, donner la parole à tous et prendre conscience que le niveau d'étude ou le statut ne donnent pas de supériorité dans l'échange, respecter la parole et le point de vue l'autre, apprendre à écouter si on veut argumenter ensuite et participer à l'échange).

Méthode d'animation en Métaplan

A la différence de la méthode Photolangage, le Métaplan n'a pas fait l'objet d'études sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour présenter la technique. Celle-ci est utilisée par de nombreux consultants qui visent l'expression des représentations d'un groupe de participants sur un sujet donné. Elle a été utilisée dans le cadre de la mise en place de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF). Un consultant la présente dans la Revue française d'administration publique dirigée par l'Ecole Nationale d'Administration (ENA) : « Nous poursuivons souvent ces réunions en organisant un travail sous forme d'ateliers « Métaplan », du nom de la méthode managériale consistant à réunir des groupes d'une dizaine de personnes, et à les faire réfléchir à une question ouverte en leur demandant d'y répondre par écrit sur des papiers post-it. Un modérateur (le consultant, ou bien un membre désigné au sein du groupe) affiche, un par un, chacun des post-il sur un poster kraft en faisant réagir le groupe à l'idée exprimée. L'enjeu est de structurer progressivement les idées par thème, par idée force, et de passer ainsi d'une réflexion individuelle et analytique à une démarche collective, consensuelle

et synthétique. Cette approche, qui favorise l''expression et l'écoute de tous les participants, a le mérite de s'assurer que l'ensemble des membres d'un groupe s'exprime, y compris les plus timides, et d'éviter (ou tout au moins de minimiser) les effets pervers liés à la monopolisation de la parole par une « grande gueule », ou dus, tout simplement, au poids de la hiérarchie. Cette méthode permet ainsi d'identifier précisément, et en temps limité (un atelier Metaplan dure généralement soixante à quatre-vingt-dix minutes) les obstacles et difficultés concrètes de mise en œuvre de la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances de la Fonction Publique) tels que perçus par les cadres de direction. L'émergence d'une vision partagée, le sentiment d'appartenance à un projet important et mobilisateur pour l'Etat comme pour les agents, commence généralement à se faire sentir à cet instant. » (Winicki, 2006, p. 127-128). Par contre, cette méthode, à la différence du Photolangage, vise clairement à faire émerger des pistes d'action et elle participe à la prise de décision collective (parfois, selon les sujets, ces décisions sont validées dans d'autres instances). Elle est également utilisée afin d'accompagner le changement.

Méthode d'animation dite du Blason

A notre connaissance, cette technique d'animation n'a pas fait l'objet de publications. Elle est utilisée dans des formations de type « développement personnel ». Nous avons choisi d'utiliser cette technique en vue d'obtenir un débat collectif (et une production collective d'un blason) nous permettant d'approcher la dimension Transpersonnelle du métier : ses valeurs, sa culture. Cette technique d'animation permet aux membres d'un groupe d'exprimer, de défendre et de confronter leurs représentations sur un thème choisi par l'animateur. Sous forme d'images découpées dans des magazines grand public divers, de mots, de symboles ou de dessins, les participants représentent leurs réponses à la consigne. Le « blason » réalisé est ensuite présenté et commenté. La séance se déroule sur deux heures. Après une phase de présentation des consignes qui laissent souvent perplexes les participants, la réalisation du « blason » devient rapidement un jeu où chacun apporte sa contribution : choix d'images, explications et défense de son point de vue, collage, apports artistiques sur la présentation). Ensuite, les participants présentent le blason et le commentent avec l'animateur. Après avoir donné une grande feuille où était pré dessiné un blason et proposé une pile de magazines, feutres, crayons de couleurs, ciseaux et colle, nous avons donné les consignes suivantes pour la réalisation du blason : « Représentez : 1° : votre métier ; 2° : les valeurs de votre métier ; 3° : ce que vous voudriez dire aux autres de votre métier. Vous avez la possibilité de noter en haut de votre blason une

devise. ». Ci-dessous le blason d'un groupe d'infirmiers et la devise d'un groupe d'aides-soignants.

Par ces méthodes d'animation, nous avons eu pour objectif de mettre en discussion l'ensemble des instances du métier :

- Les tensions de l'activité des métiers (axe de développement de l'activité reliant les instances Impersonnelle et Interpersonnelle) avec les méthodes du Photolangage et du Métaplan.
- Mais aussi, les tensions des personnes et des collectifs de travail (axe de développement des personnes reliant les instances Personnelles et Transpersonnelle) avec les méthodes du Photolangage et du Blason.

Nous avons formalisé ces espaces de discussion par des synthèses validées au début de la séance qui suivait. Lors de la dernière rencontre, une synthèse de l'ensemble des échanges par métier

a été validée pour l'ensemble des groupes. Ces synthèses par métier ont servi de support lors de la présentation des travaux en comité de pilotage en juillet 2013.

Les « ateliers ressources » des encadrants

Le cycle d'activité à destination des encadrants, en parallèle de l'animation des espaces de discussion pour les professionnels de terrain par métier, s'est traduit par des actions très différentes. L'objectif général de l'intervention était de développer leurs compétences en santé au travail. En nous appuyant sur nos études précédentes, nous avons décliné cet objectif en trois sous-objectifs lors de ce premier cycle d'activité :

- Acquérir des connaissances sur les techniques d'animation soutenant la discussion avec les équipes.
- Développer le soutien social entre les membres de l'équipe d'encadrement.
- Mettre en discussion leur mode de fonctionnement managérial.

Pour atteindre le premier objectif, nous avons organisé une action de formation sur deux journées. Le thème de la formation était « Développer la créativité des équipes ». La première journée de formation a été réalisée par Thierry Gaubert et la deuxième par nous-mêmes. L'ensemble de l'encadrement de l'EHPAD, soit 10 cadres, a participé à cette action qui s'est déroulée, dans les locaux de l'EHPAD en avril et mai 2015.

Formation : « Développer la créativité des équipes »
Approche théorique : La psychodynamique du travail et la clinique de l'activité
Programme de la première journée : Comprendre les « ressorts » de la créativité au travail
Programme de la deuxième journée : Acquérir des techniques d'animation de réunions afin de favoriser la créativité d'une équipe.

Afin de développer le soutien social au sein du collectif de travail des cadres, nous avons mis en place des temps d'analyse des pratiques managériales sur deux heures au cours desquelles, les cadres pouvaient évoquer les difficultés rencontrées. L'intervenant animait la discussion. Lors de la première séance, nous avons utilisé la méthode d'Instruction du Sosie.

Analyse des pratiques managériales par Instruction au Sosie

« Les exercices d'instruction à un sosie, visent une transformation indirecte du travail des sujets grâce à un déplacement de leurs activités dans un nouveau contexte, d'où elles sortiront éventuellement « une tête au-dessus d'elle-même », pour reprendre l'expression de Vygotski, à propos du jeu chez l'enfant (Vygotski, 1978). (…) En se transformant en langage les activités se réorganisent et se modifient. Le langage grâce auquel le sujet s'adresse à son interlocuteur dans l'échange que constitue le commentaire sur son activité, retourne vers l'objet analysé les effets de cet échange. » (Clot, 2008, p. 186). Lors de cette animation, le chercheur acteur « joue » le rôle du Sosie. Un cadre exprime un problème ou une problématique auquel il doit se confronter. Il explique ensuite au « sosie » comment faire, comment se comporter, ainsi que les émotions associées. Le questionnement du « sosie » puis du groupe de pairs permet l'élaboration et le partage de « règles de métier ».

Seules les cadres de santé (soit 6 cadres) ont été destinataires de cette action. Ces cadres n'ont pas souhaité intégrer les cadres techniques estimant que les problématiques des soignants sont différentes des cadres techniques. Nous n'avons pas proposé d'espaces de discussion sur l'analyse des pratiques managériales pour les encadrants du service technique, car le nombre ne nous a pas semblé suffisant pour ces espaces de discussion (3 cadres techniques).

Pour répondre au troisième objectif, nous avons organisé des rencontres individuelles avec l'ensemble des cadres de proximité. Cet espace d'échange avait pour objectif de mettre en discussion le mode de fonctionnement managérial, ses atouts et ses points à développer. Il devait participer à recueillir individuellement les éventuelles résistances des cadres dans le dispositif (et qui n'auraient pas été évoquées lors des entretiens et réunions collectifs). Nous devions également préparer la suite des cycles d'activité de la recherche-action. En effet, la deuxième phase devait réunir encadrant et chercheur acteur pour mettre en pratique et en situation les acquis de la mise en discussion du travail afin de développer des compétences en management sur la discussion du travail.

Deux séances de deux heures ont été proposées à l'ensemble des cadres de proximité sur les mois d'avril et mai 2013. Seule la cadre supérieur de santé n'a pas participé à cette activité. Elle nous a demandé un entretien individuel afin de bénéficier de cet outil en septembre 2013 (6 mois après les cadres).

Nous avons utilisé l'indicateur de personnalité MBTI pour soutenir la discussion avec les cadres. Il nous a permis de mettre en évidence des aptitudes personnelles dans le cadre de leur activité managériale.

Indicateur de personnalité **Myers Briggs Type Indicator (MBTI)** est un questionnaire d'auto-diagnostic qui s'appuie sur les théories de la personnalité de Jung. La classification des types psychologiques permet d'expliquer les différences de comportement basées sur des différences de perception (ou de recueil d'information) et d'organisation de cette information selon deux polarités pour chacune de ces dimensions. Un autre pôle de la personnalité est étudié avec cet outil : l'orientation de l'énergie qui donne une tendance à l'action dans le monde extérieur ou une réflexion dans le monde intérieur.

Nous n'avons pas formalisé ces différents espaces de discussion avec les cadres. Une évaluation a été réalisée à la fin des journées de formation sur la créativité et les autres activités n'ont pas donné lieu à une synthèse validée par les cadres.

Étape 3 : Phase intermédiaire : Sélection des « objets » du travail à mettre en discussion

Lors de la synthèse de cette phase, il est apparu clairement qu'en parlant du métier, les professionnels font émerger des situations de travail qui demandent à être mis en débat collectivement et dans un collectif de travail qui, selon la définition de Caroly (2010) partage une activité collective. Ainsi, alors que nous ne les cherchions pas, discuter du métier a permis de mettre en lumière ces situations de travail : « Lorsqu'on parle d'activité, l'accent est mis sur la personne, en tant qu'acteur humain et non pas en tant que « facteur humain » (Weill-Fassina, 1993). La conception de l'activité vise à aller plus loin que le travail humain considéré dans la distinction entre tâche et activité pour le situer dans une situation de travail. L'activité se réalise dans des contextes singuliers et variables dans leurs dimensions matérielles, organisationnelles et sociales » (Caroly, 2010, p. 54). Le matériel issu des espaces de discussion par métier a semblé suffisamment précieux à l'ensemble des acteurs pour s'en saisir et exploiter son potentiel dans des actions visant la santé au travail. Pour cela, les acteurs (et chercheurs acteurs compris !) ont du faire confiance à la capacité créative des individus et des collectifs de travail pour se saisir des « objets » du travail contenus dans les situations de travail afin de réguler leur activité, mais plus que leur activité, leurs métiers avec ses quatre registres à mettre en mouvement. « Les régulations portent sur la régulation d'un système de travail ou sur la

régulation de l'activité humaine elle-même (Falzon, 2004). Les effets de la régulation de l'activité amènent des conséquences sur la santé des opérateurs et des conséquences sur la production pour l'entreprise (Leplat, 2000) » (Caroly, 2010, p. 55).

Extrait du comité de pilotage d'avril 2013 :

Le directeur des ressources humaines *: Vous voulez faire des groupes inter services, inter sites. Mais peut-être qu'il y a une limite à la démarche. Parce que dans chaque unité, il y a une histoire. Il y a la nature des patients qui peut être différente et les contextes. Aussi, comment vous pouvez aller aux situations concrètes de travail sans rester sur des déterminants plus globaux ?*

Un chercheur acteur *: Ah non, on est rentré dans des situations très concrètes bien au contraire, ce n'est absolument pas deux heures de… slogans anti je ne sais quoi. C'est vraiment, vraiment des situations de travail et du coup avec le regard différent de chaque unité. Ça nourrit les possibilités de faire autre. On est vraiment sur des choses très concrètes y compris des analyses. Les personnes que l'on a dans les groupes analysent très bien les leviers, les freins qui existent dans le métier. (…)*

La secrétaire du CHSCT et aide-soignante dans un service de l'EHPAD *: Par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure sur les métiers… Le métier, il est le métier. Mais il se décline de façon très différente suivant où on est. Et ça vous l'avez perçu très bien. Et ça moi, j'en suis convaincue parce que rien qu'au niveau de mon site, il y a trois étages et le Cantou (unité de prise en charge de la maladie d'Alzheimer). Je suis aide-soignante et mon travail je le fais de la même façon, mais j'ai une façon de faire en fonction des étages. Et quand je suis au Cantou, ça n'a rien à voir non plus. Je suis aide-soignante sur mon site et je ne suis pas la même au premier, au deuxième, etc.*

La directrice des soins *: Et oui, on n'est plus dans la même prise en charge avec des prises en charge qui évoluent et des collègues de travail différents entre un poste et un autre et ce n'est pas la même si on est la semaine ou le week-end.*

Une cadre de santé *: On parlait tout à l'heure du sens du travail, en tant que soignant, on a un rapport au temps très particulier et le rapport à l'espace qui appartient à l'équipe pour prendre en charge le résident. Et ce qui est difficile, c'est que du coup, on a créé des nouveaux métiers. Pour le coup, moi je trouve qu'on a à la fois cloisonné et décloisonné et les équipes aussi se cherchent. En plus, sur le bio nettoyage, c'est vrai que c'est une organisation différente. (…)*

La cadre du bio nettoyage *: Moi, dans mon métier, j'ai des anciens agents qui étaient dans l'équipe service intérieur autrefois et elles ne voulaient plus être avec les résidents. C'est très*

difficile pour elles, il y en a, quand elles voient un dentier, elles ne peuvent pas travailler parce que pour elles c'est au-dessus de leur force. Ça leur fait de la souplesse aussi.
***La cadre de santé** : Moi, ça me questionne : quel est notre rapport au monde ?*

Cet échange, issu de la réunion du comité de pilotage d'avril 2013, permet d'une part d'apercevoir la capacité réflexive du groupe d'acteurs sur la réorganisation en cours et la nécessité qui est apparue de revenir, forts des échanges entre les métiers, auprès des unités de travail.

- L'autre proposition qui a émergé des échanges lors des deux réunions du comité de pilotage est une remise en question des activités proposées aux cadres.

Extrait du comité de pilotage d'avril 2013
***Un chercheur du comité scientifique** : L'objectif du MBTI c'était quoi ?*
***Un chercheur acteur** : C'était de prendre conscience de son propre style et mode de fonctionnement au niveau managérial.*
***Le chercheur** : La question que cela pose, les approches comme le MBTI, c'est qu'on ne tombe pas dans la psychologisation ou la personnalisation des problèmes. Et comment vous garantissez que vous revenez aux fonctions de cadre ? Donner des ressources quel que soit le profil du cadre ?*
***Le chercheur acteur** : Ce qui te donne raison c'est que je ne sais pas ce que ça a donné et ce qu'ils en ont retenu.*
***Le chercheur** : Bon, ça ne peut pas faire de mal. Mais il faut faire attention à ce que cela ne glisse pas : tiens, il y a un problème dans le service et donc un problème de personnalité du cadre.*
***La secrétaire du CHSCT** : Il faudrait s'assurer, c'est ce que vous dites, que ce pôle-là ne prenne pas toute la place.*
***La chercheure acteur** : Oui, surtout en ayant commencé par là. C'est ce qui est moyennement judicieux. Mais d'un autre côté, c'est un outil qui, un peu ludique, engage aussi le groupe.*
***Une deuxième chercheure acteur** : ça fait appel à la réflexivité, se remettre en question, ce qui est quand même…*
***Le chercheur** : Dans les groupes métiers, vous avez exclu le personnel, la dimension Personnelle. Et là, sur les cadres, vous l'avez inclus automatiquement. (…)*

***La directrice des soins** : Moi, ce qui me paraît important dans la méthodologie, c'est effectivement ce qui est projeté par rapport aux cadres de santé. C'est-à-dire que les cadres soient outillés. Ils vont avoir à charge de faire passer des messages, de valider, de permettre aux équipes de s'approprier et d'amener tout un chacun à participer. C'est quand même le cadre qui va donner la couleur dans son service et avec son équipe. Et moi, il me semble que cette articulation est la plus importante. (...) Je me dis, il va y avoir un certain nombre d'éléments en termes d'organisation, de comportements. Il me semble qu'en tant que cadre de santé, c'est de comprendre et derrière organiser une suite. Il faut qu'il y ait une suite pour que les organisations de travail rentrent dans ce projet de qualité de vie au travail pour améliorer les conditions de travail tout en rentrant dans les attentes des usagers. Bien sûr, c'est une ressource du métier, les agents s'expriment. Mais derrière, en filigrane, il va falloir que quelque chose se concrétise. Il faut bien que les organisations de travail évoluent en fonction de ce que les agents auront exprimé. Donc, derrière, je me dis que les cadres de santé vont avoir un bel état des lieux, avec des pistes. Après en fonction de la spécificité des unités, le cadre va dire ce qui est le plus important. »*

Cet échange retrace la remise en question des activités proposées aux cadres. Aussi, deux décisions ont été prises pour la suite de l'intervention :

- Á partir de cette étape, les cadres ont été impliqués systématiquement dans les interventions menées auprès des équipes.
- L'action formative des encadrants s'est modifiée. Nous avons utilisé l'expérimentation, avec eux. Des échanges réguliers avec les cadres ont eu lieu pour élaborer l'intervention auprès des équipes (objectifs, méthodes d'animation). Ces rencontres individuelles avec les encadrants avaient également pour objectifs de développer leur la capacité réflexive sur ce que produit l'action sur l'équipe.

Le cycle d'activité de la phase 3 par unité s'est réalisé d'octobre à décembre 2013. Il avait pour objectifs de :

- Partager, dans une même unité de travail, les discussions sur les métiers et poursuivre la discussion par unité.
- Sélectionner les situations de travail les plus importantes, pour l'équipe, à mettre en discussion par unité.

Pour les cadres, les objectifs de la co animation de ces espaces avec une chercheur acteur :

- Savoir animer des espaces de discussion collective.

- Acquérir des méthodologies d'animation de groupes favorisant la créativité d'une équipe.

La méthode pédagogique est passée d'inductive à déductive ; elle s'est basée sur l'expérience et la réflexivité après l'action puisque nous avons organisé un entretien individuel avec chaque cadre pour mettre en discussion les apprentissages.

Période d'intervention	Caractéristiques de l'espace de discussion	Participants	Objets de discussion	Méthodes pédagogiques utilisées
Septembre 2013	Entretien collectif	Les cadres de santé Les cadres techniques Les chercheurs acteurs	Organisation des espaces de discussion avec les équipes Tirage au sort des binômes « cadre / chercheur acteur »	Réunion de 2 heures Discussion et décision sur l'organisation des espaces de débat avec les équipes
Septembre 2013	Entretien individuel	Le binôme cadre / chercheur acteur	Préparation de la co animation auprès des équipes (répartition des rôles d'animation, discussion sur les techniques d'animation)	Entretien de 2 heures Discussion et décision
Octobre à décembre 2013	Entretiens collectifs Groupes constitués par équipes de travail	Les équipes des unités de travail (14 unités de travail : 13 unités de soignants 1 unité bio nettoyage) Préparation et co animation avec le cadre du service	Présentation des synthèses réalisées lors des espaces de discussion par métier Sélection des situations de travail recueillies lors des espaces de discussion par métier	Présentation Power Point Choix individuel de 3 situations (avec une note), recueil des avis et classement des situations par ordre d'intérêt pour l'équipe
Décembre 2013	Entretien individuel	Binôme cadre / chercheur acteur	Retour sur le déroulement de la séance (développement de la capacité réflexive sur ce qui a surpris, a été appris) Préparation de l'animation de l'espace de discussion sur la situation de travail (répartition des rôles dans l'animation, techniques d'animation)	discussion

Tableau 61 : Espaces de discussion sur la sélection des situations de travail à réguler

Étape 4 : Animation des espaces de décision par unités de travail

Ainsi, lorsque nous avons rendu visibles les tensions des métiers recueillies dans les espaces de discussion sur le métier, ce matériel a semblé suffisamment précieux à l'ensemble des acteurs de l'organisation pour s'en saisir et exploiter son potentiel dans des actions visant la santé au travail. Une séquence intermédiaire a permis de sélectionner avec les équipes et les cadres les thèmes qui leur semblaient prioritaires pour leur service.

Lors de cette étape, nous avons mis en place des espaces de discussion par thème et par unité de travail. La cadre composait les groupes de participants à la fois sur la base du volontariat et de manière incitative si elle estimait qu'un ou plusieurs agents étaient plus particulièrement concernés par le thème. Si nous le mettions en discussion lors de notre entretien préparatoire, nous ne sommes jamais intervenues sur le choix.

Cette étape s'est déroulée de février à octobre 2014. Chaque chercheur acteur accompagnait 2 cadres individuellement et dans la co animation avec les équipes.

Unités	Nombre de groupes	Nombre de participants	Nombre de séances
Site A – unités 1 et 2 Cadre 1	1	20	3
Site A – unités 3 et 4 Cadre 2	1	18	3
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	1	15	1
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	1	8	1
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	1	7	1
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	1	15	1
Site A - unité 7 et 8 Cadre 4	2	14	2
Site B – unités 9, 10 et 11 Cadre 5	1	14	2
Équipes bio nettoyage Cadre 6 et adjointes 7 et 8	1	12	2
TOTAL	**10**	**123**	**16**

Tableau 62 : Cycle d'activité - étape 4 de la recherche-action

Pour co animer ces séances de discussion, nous avons transmis aux cadres des méthodes pédagogiques déjà utilisées lors ateliers ressources par métier : le Métaplan, le Photolangage. Lors d'une séance, la technique de l'instruction au Sosie a été choisie.

Ces séances ont donné lieu à une prise de note de la part de la cadre afin de restituer à l'ensemble de l'équipe le contenu des échanges et les propositions qui en découlaient. Nous n'avons pas assisté à ces retransmissions qui se sont déroulées lors des « relèves » qui réunissent les équipes postées du matin et du soir sur 20 minutes chaque jour.

Étape 5 : Évaluation de la recherche action

Le dernier cycle d'activité de la recherche-action s'est traduit par une évaluation de la démarche. Deux démarches ont été co construites pour mesurer les résultats produits par l'action afin d'évaluer les deux objectifs négociés de la recherche-action :

- Préserver la santé des équipes.
- Développer les compétences des encadrants en santé au travail et notamment à intégrer un management par la discussion du travail.

Nos indicateurs doivent nous permettre de mesurer la « santé vivante » des équipes. Celle-ci se traduit par la capacité à créer de nouvelles normes dans un environnement contraint et dans la confrontation positive à autrui.

Pour les cadres, les indicateurs mesurent leurs capacités à développer des environnements capacitant en instaurant un management par la discussion, c'est-à-dire dans leur capacité à instaurer et animer des espaces de discussion sur le travail.

Pour recueillir ces différents indicateurs, nous avons utilisé deux méthodologies :

- Une évaluation quantitative par questionnaire
- Une évaluation qualitative auprès des acteurs organisationnels lors du dernier comité de pilotage.

Évaluation du développement de la santé des équipes

L'évaluation quantitative a été réalisée par questionnaire. Dans le cadre de l'accompagnement de l'ensemble de l'hôpital, une évaluation a été proposée à l'ensemble du personnel. Le questionnaire a été élaboré par un groupe mandaté par le Ministère de la Santé. Il avait pour vocation de servir de support à l'ensemble des établissements de santé en 2013 suite à une directive reçue dans les hôpitaux. Cet outil n'a pas été repris au niveau national, mais, lors de notre étude, il nous a semblé pertinent de l'utiliser s'il devait être rendu obligatoire. Ce

questionnaire reprend les items du questionnaire Karasek et il les contextualise pour le personnel hospitalier. Ce questionnaire est en annexe 5.

En mars 2013, au démarrage de la recherche-action, nous avons proposé ce questionnaire à l'ensemble du personnel du centre hospitalier et nous avons traité, à part, les questionnaires issus de l'EHPAD. 33% du personnel de l'EHPAD a répondu au questionnaire.

Fin juin 2014, nous avons proposé le même questionnaire au personnel de l'EHPAD. 28 % du personnel a participé à l'évaluation. Nous avons ensuite sélectionné les questions qui nous permettaient d'évaluer le développement de la « santé vivante » des équipes.

- **Évaluation qualitative du développement des compétences des encadrants**

Nous avons utilisé le dernier comité de pilotage pour mettre en discussion collectivement le développement des compétences. Nous avons analysé le contenu de cette réunion qui a été enregistrée. Il nous a permis d'évaluer les acquis des encadrants en management par la discussion.

Présenter le déroulement des cycles d'activités d'un processus ouvert comme une recherche-action est une tâche difficile. De plus, nous avons « éprouvé » le management par la discussion dans la construction de l'intervention. Á la présentation des cycles d'activité, nous pouvons constater que celle-ci s'est co construite avec les acteurs organisationnels. Elle s'est révélée beaucoup plus riche (et plus complexe) que ce que nous avions imaginé au démarrage de l'intervention. La discussion entre les différentes étapes nous a permis de rester centrés (ou se recentrer pour les cadres) sur le travail et sa conflictualité.

Nous allons maintenant analyser ce que cette intervention a produit en termes de

- connaissances sur les processus d'intervention soutenant l'action des encadrants en santé au travail
- connaissances sur les représentations concernant l'action des encadrants en santé au travail
- connaissances sur les résultats en termes de développement de la santé des équipes.

3.3.2. Analyse des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

Pour conduire notre recherche, nous avons utilisé comme fil conducteur le concept psychologique du métier. L'état de la littérature sur les liens santé et travail nous ont permis de partir du postulat que le concept psychologique du métier offre une grille d'analyse des ressources favorisant la santé à partir du développement du pouvoir d'agir. Notre première étude nous a permis de montrer les limites de la notion de risques psychosociaux pour construire des liens entre l'action des encadrants et la santé. Lors de la deuxième étude, nous avons utilisé le concept psychologique du métier pour classer les représentations des encadrants concernant leurs moyens d'action pour favoriser le bien-être de leurs équipes. Il nous a montré ses limites en ce qui concerne les ressources « énergétiques » appartenant à la politique de la gestion des ressources humaines dans l'entreprise. Mais il nous a semblé suffisamment opérationnel pour que nous testions sa solidité en intervention.

L'analyse des processus de la recherche-action nous a permis de dégager trois observations majeures. Tout d'abord, en ce qui concerne l'opérationnalité du concept du métier dans la conception de l'intervention. Nous pouvons observer que si la discussion sur les métiers a prévalu lors du premier cycle d'activité, il semble que nous l'ayons « oublié » lorsque la suite de l'intervention a été co construite avec les acteurs organisationnels. Á partir de l'analyse des « objets » discutés lors des différents cycles d'activité, nous verrons que la discussion a produit le développement des ressources psychosociales notamment celles de l'instance Transpersonnelle.

La deuxième analyse sur les processus de l'intervention concerne la question de l'engagement dans la discussion. Différents auteurs rappellent les difficultés de l'activité dialogique sur le travail. L'éco système et l'outillage des espaces de discussion mis en place ont permis de dépasser des résistances à la discussion. Pourtant, l'analyse d'une situation de tension grave dans une équipe va nous confronter aux limites d'un management par la discussion.

3.3.2.1. Le processus d'apprentissage à la discussion auprès des équipes

« Après, si ça marche pas, il faut aller voir la cadre. C'est notre ressource. Mais les choses doivent être dites. »
Une infirmière de l'EHPAD

Dans ce chapitre, nous souhaitons interroger l'opérationnalité du concept psychologique du métier dans la conception d'une intervention visant à soutenir la santé au travail et l'action des encadrants. Pour cela, nous allons étudier **les objets de discussion** dans les phases opérationnelles de la recherche6action, à savoir :

- La phase de mise en discussion **des tensions et des ressources des métiers** auprès des équipes. Ces espaces de discussion sont animés par un des trois chercheurs acteurs.
- La phase de mise en discussion **des situations de tensions** auprès des équipes afin de sélectionner les situations perçues comme prioritaires par les équipes et l'encadrant. Ces espaces de discussion sont animés par l'encadrant du service et un chercheur acteur.
- La phase de mise en discussion de situations de tension au sein des équipes. Ces espaces de discussion sont également co animés par l'encadrant du service et un chercheur acteur.

Nous appelons « objet » les sujets qui ont été discutés. Ce terme est suffisamment large pour inclure les situations de tensions du travail à réguler (par exemple : les tensions relationnelles avec l'encadrant) mais également les thèmes qui ont émergés des discussions (par exemple : la coopération entre les métiers)

Cette description des objets de discussion dans les différents espaces nous permettra d'avancer plusieurs connaissances sur l'opérationnalité du concept psychologique du métier.

Les objets de la discussion et les méthodes utilisées pour favoriser la discussion

« Ça veut dire que la cadre connaît notre travail. »
Une aide-soignante de l'EHPAD

Il nous faut revenir sur le terme « d'espaces de discussion ». Nous avons vu que celui-ci est un espace qui demande à être « cadré » par un écosystème favorisant la discussion au sein d'une organisation. Pour cela, différents niveaux de discussion (globaux, méso, locaux), leurs

articulations et leur connexion soutiennent la discussion (Detchessahar, 2013) et notamment le lien de subsidiarité (Daniellou, 2014). Une ingénierie de ces espaces va également participer à la dynamique des espaces de discussion : la temporalité, l'outillage et la formalisation de ces espaces. La temporalité ainsi que la formalisation des espaces de discussion que nous avons mis en œuvre ont été présentées au chapitre précédent. Toutefois, nous souhaitons revenir sur la question de l'outillage. Nous avons présenté essentiellement les techniques d'animation qui ont participé à dynamiser la discussion ; notre intention, dans ces choix de modes d'animation étant, entre autres, de permettre l'expression de l'ensemble des participants. Mais un autre outil nous semble important à analyser et tout aussi fondamental pour soutenir la discussion dans ces espaces destinés à « accueillir des processus de régulation de l'activité » (Detchessahar, 2013, p. 73), ce sont les « objets » qui sont mis en discussion. En effet, il nous semble qu'ils constituent une sorte de « boîte noire ». Lors d'un colloque organisé sur le thème « Management et bien-être au travail à l'hôpital », une cadre nous a interpellés pour nous faire part de son incompréhension : pour elle, les espaces de discussion étaient le moment du café passé avec les équipes (avec ou sans le cadre). Nous rappelons que ces espaces de convivialité ont été largement mis en avant par les encadrants lorsque nous avons exploré leurs représentations sur les moyens favorisant le bien-être des équipes (étude 2). Aussi, très concrètement, clarifier « ce qu'on discute » dans un management par la discussion et « comment on discute » semblent utiles pour accompagner les encadrants à développer des compétences en santé au travail.

Pour les trois catégories d'espaces de discussion, nous avons commencé nos interventions en proposant les « objets » du travail à discuter ; nous ne les avons pas laissés à l'initiative des participants. Nous avons également fixé les « règles de la discussion » en termes de « vivre ensemble » dans le groupe. Ainsi, nous avons rappelé à chaque début de séance :

- La règle de la bienveillance et de non-jugement en précisant que celle-ci devait accompagner l'authenticité : s'autoriser à dire (nous avons précisé que la parole est un cadeau fait à l'autre et au groupe) en mettant les formes (et que notre rôle était d'accompagner pour trouver d'autres formulations si nécessaires).
- La règle de la confidentialité : ne pas divulguer ce qui se dit dans le groupe sans que ce soit validé par l'ensemble des participants était hors-jeu. Les bases de la confiance entre les membres du groupe s'établissaient dans cette règle.

Les « objets » discutés lors du cycle d'activité par métier

Dans la première phase, nous avons prévu et réalisé la mise en discussion des tensions et des ressources des métiers. Notre objectif a été d'interroger les quatre instances du métier :

	Instance Impersonnelle	**Instance Interpersonnelle**	**Instance Personnelle**	**Instance Transpersonnelle**
Activités	Lecture des fiches de postes par les intervenants et mise en discussion avec les professionnels sur les changements de la prescription	Mise en discussion des difficultés rencontrées dans la réalisation du travail prescrit (confrontation avec le réel de l'activité) + les difficultés dans la coopération	Mise en discussion des ressources personnelles : l'expérience, les compétences, les valeurs personnelles (le rapport affectif au travail)	Mise en discussion des conflits de valeur et sur le vivre ensemble au travail
Outillage en termes de méthodes d'animation de groupes	Supports : fiche de poste de la fonction publique hospitalière et fiches de postes élaborées lors de la mise en place de la nouvelle organisation	Photolangage (question : « Choisissez deux photos, une qui représente, pour vous, les difficultés de votre métier et une photo qui représente, pour vous, les ressources du métier ») Métaplan	Photolangage (question : « Choisissez une photo qui représente, pour vous, les valeurs de votre métier »)	Réalisation d'un blason en collectif avec deux parties (plus une devise) . ce qui est pour vous essentiel dans votre métier . ce que vous aimeriez montrer aux autres collègues de l'équipe sur votre métier

Tableau 63 : Mise en discussion des métiers des équipes

Tous les outils d'animation utilisés ont permis la mise en débat entre les participants et les chercheurs acteurs. Les questions demandaient un approfondissement de ce qui était échangé, questionnaient le « pourquoi » et le « comment » ça se passe. Nous avons interrogé le réel du travail. Et nous l'avons mis en discussion. Ce premier espace-temps de la discussion n'a pas formalisé le « comment on pourrait, collectivement, faire autrement » même si on a pu le mettre en discussion dans l'échange. L'objectif était de « donner à voir » les tensions et les ressources du métier, de permettre un échange soutenant sur une activité qui se trouvait modifiée par la réorganisation, mais aussi qui venait réinterroger les valeurs des professionnelles et leur mode du « vivre ensemble ». En effet, la volonté politique de cette réorganisation était de ramener

chacun à ses fonctions afin d'éviter les « glissements de tâches » qu'avait pu observer l'encadrement jugés facteurs de tensions relationnelles et organisationnelles. Lors d'une séance avec les agents prestations hôtelières, celles-ci évoquaient la difficulté de rester « dans son métier » quand un ensemble de professionnels de métier différents se partagent le même «objet » de travail : les résidents de l'EHPAD. Nous avons alors interrogé le groupe pour leur demander qu'est-ce qui se passerait si un cadre les surprenait à aider une aide-soignante. L'une d'elle a répondu avec un air particulièrement inquiet : « Je pense que je serais licenciée ». La contrainte de l'instance Impersonnelle liée à la prescription de l'activité signifiait le blocage des autres ressources du métier.

Cet exemple cherche à traduire la richesse des échanges. Ils ont donné lieu à des synthèses que nous proposons en annexe 5 pour chacun des métiers. Or, nous constatons que « parler du métier » a permis de faire émerger des situations de tensions. Celles-ci ont retenu l'attention des acteurs du comité de pilotage (internes et externes, dont la communauté scientifique).

Les « objets » discutés avec le comité de pilotage pour une prise de décision concernant la suite de l'intervention

Les comités de pilotage ont réuni l'ensemble des acteurs concernés par l'action. Ils ont été des lieux où L'intervention a été l'objet collectivement débattu.

Nous proposons de retracer un échange entre les différents acteurs lors du comité de pilotage intermédiaire entre la phase de la mise en discussion du métier et la deuxième qui va se co construire à partir des échanges :

Extrait : Réunion du comité de pilotage de juillet 2013

Un chercheur *: Moi, ce qui m'interroge, c'est le travail en ateliers. Est-ce que ça a créé des attentes ? Les gens se sont impliqués dans les échanges, ils ont soulevé des problèmes, fait des préconisations. Il ne faut pas raisonner uniquement par rapport à l'intervention dans l'équipe mais à plus long terme, par exemple, dans l'année qui vient on peut travailler sur des éléments concrets* ***entre les métiers pour s'articuler****. C'est pour ça que j'insiste sur la question de l'****acteur****,* ***que les gens s'approprient, prennent l'habitude de discuter, que les cadres laissent des espaces pour discuter des soucis, des problèmes pour pouvoir les traiter****. (…)*

***Un chercheur acteur** : Juste deux minutes, je voulais revenir sur la question des attentes. Pour moi on n'a pas créé des attentes démesurées parce que d'abord on les a fait hiérarchiser et **les choses importantes ne sont pas en quantité numérique**. On a permis **un lieu sans jugement** et je crois que ça a été unanimement souligné. On a toutes, **par nos attitudes, posé des questions qui dérangeaient et qui posaient la question invisible des autres métiers**. On ne s'est pas uniquement enfermé dans un métier et on a mis en place, peut-être, **un souhait de discuter du comment avec les autres**.(…)*

***La directrice des soins** : Ce que j'ai trouvé intéressant dans les retours, c'est que les agents évoquent **ce besoin de communiquer, d'échanger entre eux**. Alors, c'est peut être mon côté optimiste, mais je me dis que cette réorganisation, le projet la brossait dans les grandes lignes et orientations. Inévitablement, il y avait des points qui allaient heurter et dysfonctionner et l'idée c'est de **rendre les professionnels acteurs** et c'est aussi notre principale préoccupation. Finalement, **ces points de dysfonctionnements, c'est l'outil à utiliser pour faire parler autour de leurs préoccupations, mais du quotidien, ce qui leur pose vraiment problème, de situations où ils ont eu des difficultés.** « Ok, ça s'est passé comme ça. On va voir comment le résoudre autour de la table et **ça se fait en inter-métiers**, aussi bien les agents de bio nettoyage et les agents de prestations hôtelières. **C'est l'essence même de ce projet**. Moi, ce que j'ai entendu, c'est que les agents veulent discuter entre eux. Il y a des tensions et des choses à revoir. Et c'est **un véritable outil de management** pour l'encadrement me semble-t-il. C'est mon côté optimiste.*

***Le directeur ressources humaines** : Effectivement, il faut rester pragmatique. Il faut recentrer sur le vécu et le terrain et pas uniquement sur le prescrit. (…) Vous avez dit tout à l'heure, être **acteur, c'est accepter une co-responsabilité** et c'est important. Il y a le poids du passé et les choix organisationnels qui ont été faits. Vous avez indiqué qu'il y a une culture, qui n'est pas spécifique à chez nous, mais c'est vrai que l'on a des structures très cloisonnées, hiérarchisées aussi et sur certains items, ce ne serait pas inintéressant que les acteurs s'emparent de petites choses pour responsabiliser les acteurs. Il ne faut pas oublier ce passé. Tout à l'heure, vous avez dit que vous êtes rentrés par les métiers et c'était obligé compte tenu des dépassements de tâches, de choses complétement folles ; et **l'entrée par les métiers était nécessaire** à mon avis. **Par contre, effectivement, il faut passer à autre chose**. Passez à autre chose, c'est également chercher à impliquer les acteurs et que cela ne devienne pas une injonction. Je pense à l'encadrement, on va leur dire : Il n'y qu'à, il faut que, c'est au cadre de tout faire. Non, il est*

le catalyseur, il anime, il impulse, mais ce n'est pas lui qui va faire à la place de l'équipe, sur des petites choses.

Une cadre** : Par rapport aux attentes, il faudrait mettre du lien avec tout ce qui se fait justement. Moi, j'ai l'impression qu'on fait les choses puis qu'on les réfléchit avec les équipes. Mais voilà, je prends comme exemple le groupe soin, c'est un peu chacun de son côté. C'est difficile d'en parler dans les équipes et c'est peut-être là que la démarche peut **mettre du lien avec tout ce qui se fait et en discuter au sein des équipes.

***La secrétaire du CHSCT** : C'est peut-être pour faire le lien. Parce qu'il y avait tellement de travail et tout était flou alors pas forcément dans tous les secteurs. Voilà, le premier temps, il fallait poser les métiers. C'était le premier pas à faire. Par contre, maintenant, on a posé les choses, il faut rapidement que l'on passe à la deuxième étape à savoir **qu'est-ce qu'on en fait de tout ça**. Si on veut garder la dynamique, il ne faut pas rester sur ça ne va pas, on n'y arrive pas, on n'y arrivera pas. Il faut garder cette dynamique et partir rapidement sur ce qu'on fait. Et comment. Parce que je pense que **les ateliers ont été riches, intéressants, maintenant il faut passer à l'inter-métier où il va falloir coordonner réellement nos activités**.*

Á l'issue de ce débat, les membres du comité de pilotage ont validé une phase intermédiaire entre la phase de discussion entre les métiers et la phase de discussion dans les équipes :

- Une phase de retour aux équipes avec une sélection des situations prioritaires à travailler dans les unités en fonction de leur spécificité.

Les « objets » mis en discussion sont riches dans cet extrait de l'échange entre acteurs organisationnels : « être acteur » et sa co responsabilité, la coordination entre les métiers. Mais, par cet échange, nous souhaitons souligner le développement du processus de l'intervention.

« L'entrée par le métier » a été unanimement soulignée comme un point positif qui a permis aux agents de s'engager dans la démarche (et nous y reviendrons dans le paragraphe 3.3.2.1.2). « Entrer » par le métier a permis aussi aux professionnels de se reconnaître dans leur métier. Ces espaces ont permis aux professionnels d'un même métier de se « reconnaitre dans ce qu'ils font », de ne plus se sentir isolés, seuls à vivre les difficultés rencontrées et générées par la réorganisation. D'ailleurs, plusieurs professionnels, dans les espaces entre métiers, ont parlé de leurs attentes : « *Savoir comment ils font dans les autres services* ». En « donnant la voix » (et la « voie » pour une résolution des situations de tensions), nous avons cherché à protéger la

santé du métier : « C'est parce qu'ils ne reconnaissent plus leur métier dans ce qu'ils font – celui-ci ayant perdu sa fonction psychologique interne de répondant – que les professionnels de plus en plus nombreux ne se retrouvent plus dans leur activité et demandent si massivement à « être reconnus ». En l'absence d'attendus génériques disponibles, le collectif professionnel se réduit alors à une collection d'individus exposés à l'isolement. La production collective des attendus génériques du métier mise en souffrance, chacun individuellement se trouve alors confronté aux mauvaises surprises d'une organisation du travail qui peut laisser « sans voix » face aux inattendus du réel. » (Clot, 2008, p. 256).

Par contre, les acteurs internes et externes sont unanimes : si le concept du métier a été utile sur la première phase, il risque de devenir un « carcan » pour la suite de l'intervention. Il est utile pour « revenir vers les autres métiers » forts de la reconnaissance des ressources du métier, mais aussi, capables d'entendre les logiques des autres métiers. En restant sur le métier, nous aurions pu construire, nous semble-t-il une idéologie du métier qui aurait coupé de la coopération nécessaire avec les autres métiers.

Nous souhaitons également souligner un autre « objet » dans cette discussion : la place de l'encadrant dans le métier. Nous avons choisi de ne pas l'inclure dans la discussion avec les métiers. D'autres activités leur ont été proposées durant cet espace-temps et présentées au chapitre précédent. Ce choix ne nous a pas été discuté. Il s'appuie sur notre volonté de s'assurer de la liberté des échanges et de lancer une dynamique de la discussion sans avoir à gérer des craintes liées à la présence de l'encadrement. Nous reconnaissons avoir fait un choix de facilité qui peut nous être reproché. Par contre, ce qui est à souligner dans l'échange que nous avons retracé, c'est la co construction collective de la place de l'encadrement. Et, collectivement, l'ensemble des acteurs perçoivent la nécessité de remettre au cœur de la discussion les encadrants, et comme faisant partie de leurs missions dans la proximité avec leurs équipes. Nous assistons également à un « retournement » de la question des « tensions » lorsque la directrice des soins voit dans ces tensions « *un véritable outil de management* ». « Au bout du compte, ce « maillon » (l'encadrant) fragile est aujourd'hui le seul à pouvoir infléchir le mouvement de dissonance. » (Clot, 2008, p. 252). Cette étape de la discussion marque le début de la co intervention avec les cadres. Il produira plus que de la coopération. Nous en reparlerons au chapitre suivant.

Les espaces de présentation des discussions par métier auprès des équipes et de discussion sur les situations de tension à mettre en débat.

Parler du métier, entre pairs d'un même métier, même si c'est pour parler des tensions, est resté « confortable », c'est-à-dire sans conflictualité dans la discussion. En rejoignant les équipes, en parlant inter-métiers, nous sommes entrées dans la conflictualité du travail et des débats. Lors de la présentation des synthèses, dans la mise en visibilité du métier auprès des autres métiers, certains professionnels ont estimé que nous n'avions pas « *tout dit* », mais sans prendre la parole lors de la présentation.

Nous avons récapitulé les différentes situations de tensions issues des ateliers ressources métier :

Métier	Situations
Infirmiers	La place de l'infirmier vis-à-vis des autres membres de l'équipe
	L'intégration des nouvelles infirmières à la sortie de l'école
	Craintes de passer à côté de pathologies du résident (manque de temps) : quels professionnels peuvent faire remonter les « alertes » : comment et quel niveau d'alerte
	Des tâches qui ne se font plus par manque de temps (ex : archivage) : comment les répertorier, les prioriser, les déléguer ?
	L'organisation du semainier (pharmacie) : un travail lourd, haché, avec des risques d'erreur, comment s'organiser
	Comment rendre visible le travail des infirmiers (grilles GIR et Pathos)
	Les décès : comment accompagner les équipes et les familles
	La distance géographique à parcourir notamment le soir
Aides-soignants	La question des toilettes : quelles priorités ? les listes : organisation et répartitions entre nous : comment faire ?
	Les soins pédicures : le matériel, jusqu'où on va dans le soin, besoin de formation ?
	L'organisation des congés, des remplacements et des plannings
Agents hôteliers	Les remplacements dans les services : méconnaissance des résidents, des régimes alimentaires
	Les médicaments à distribuer : responsabilité et organisation
	La participation aux réunions de service pour discuter des valeurs soignantes
	Mettre en discussion l'organisation d'une journée de travail après quelques mois de pratique du métier
	La coordination avec le travail de veilleuse de nuit sur la préparation du travail de nuit
Agents bio nettoyage	L'isolement du reste du service ou des étages
	Les conduites à tenir avec certains patients difficiles ou contagieux
	La formation aux machines
	Mettre en question la pénibilité physique
	L'accueil des nouvelles arrivantes dans une équipe performante « tricotée serrée »
Situations inter métiers	L'organisation du ménage en fonction des petits déjeuners dans les services : connaître les priorités avec les agents hôteliers dans certains services
	L'organisation à propos du nettoyage des chambres et des cuvettes
	Entre les personnels soignants : qui fait le « plein » dans les chambres ? (rasoirs, papier toilette…)
	Mise en place de différents temps de rencontre entre les métiers
	La répartition de certaines activités (lits, aide aux repas)
	Avoir des référents pour différentes responsabilités et définir leur marge de manœuvre
	Les temps et les activités de coopération entre aides-soignants et infirmiers
	Les informations nécessaires à se transmettre lors des relèves
	La frontière entre la « délation » auprès de la cadre et se dire les choses qui ne vont pas

Tableau 64 : Situations de tension issues des ateliers ressources par métier

Les espaces de discussion sur les situations de tensions par unité de travail

Les « objets » de discussion ont été des situations de tensions dans les équipes lors de cette phase de l'intervention. Sélectionnés et priorisés par les équipes, les cadres ont fait le choix de la situation qu'elles souhaitaient travailler en co-animation avec un chercheur acteur. Tous ces espaces de discussion ont fait l'objet d'un espace-temps de discussion pour préparer l'intervention, les modes d'animation ainsi que la coordination dans l'animation de la séance de travail de 2 heures.

Unités	Thème abordé	Mode d'animation choisi
Site A – unités 1 et 2 Cadre 1	L'entraide et la coopération entre les métiers	1ère séance : Discussions « qu'est ce qui parfois m'empêche de prendre soin/d'aider l'autre ? » + « Quels sont les avantages/bénéfices à prendre soin de l'autre ? » 2ème séance : Discussions : comment préparer une nouvelle recrue à être un « bon » professionnel 3ème séance : Jeux de rôles sur différentes sources de tensions : le rappel sur le week-end de la part de la hiérarchie, désaccord dans l'équipe pour le levé (ou pas) d'un résident
Site A – unités 3 et 4 Cadre 2	Gestion des résidents violents	1ère séance : Discussions : partages d'expériences et des « trucs et astuces » ; en conclusion : qu'est-ce qu'on a réussi ? 2ème séance : Instruction au Sosie pour analyser une situation (synthèse sur ce qui a dégénéré et ce qui a été rétabli)
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	Le remplacement dans les services	Métaplan : les différences de pratiques entre les services
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	Le rôle de coordination de l'infirmière	Métaplan : « Quelles sont les difficultés rencontrées dans la coordination »
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	Les toilettes	Mise en discussion des différences de fonctionnement entre deux unités de travail afin d'en faire ressortir des pratiques communes favorisant la mutualisation entre les deux services
Site A – unités 5 et 6 Cadre 3	La relève	Photolangage : « Choisissez une photo qui représente pour vous une relève réussie »
Site A - unité 7 et 8 Cadre 4	Intégration d'une nouvelle cadre	Photolangage : « Choisissez une ou deux photos qui représentent pour vous, ce que vous attendez de votre cadre »
Site B – unités 9, 10 et 11 Cadre 5	La pénibilité	Appel à un ergonome consultant : film et analyse
Equipes bio nettoyage Cadre 6 et adjointes 7 et 8	L'accueil d'un nouvel arrivant	Discussion à partir de l'expérience : « Racontez le pire et le meilleur accueil que vous avez eu dans une équipe »

Tableau 65 : Situations de tensions du travail mis en discussion dans les équipes

Les « objets » de discussion choisis par les équipes et sélectionnés par les cadres sont tous des situations qui concernent l'ensemble des métiers et leur coordination. Ainsi, il semble que nous avons évité une cristallisation des métiers qui aurait été rendue possible avec seulement l'intervention de la mise en discussion des métiers. Par exemple, pour le thème de la relève, lors des ateliers ressources métiers, les aides-soignants avaient évoqué l'attitude des infirmières lors des relèves : ricanements lorsque l'aide-soignante prend la parole ou passage à une autre activité. Dans la mise en discussion d'une situation de tension avec tous les métiers, nous avons refait parler les métiers « au diapason » (Clot, 2008, p. 259).

Extrait du deuxième comité de pilotage, juillet 2013, fin des espaces de discussion par métier

Un représentant des aides-soignants *: Dans votre synthèse, vous parliez de bon sens. Les agents hôteliers, elles parlent de bon sens quand l'une d'elles est occupée et qu'une mamie s'est fait dessus et qu'elle intervient. Mais elles parlent de flou dans leur travail quand il s'agit de rentrer une table de nuit. Du coup, on sent que, je ne sais pas, il faut faire attention quand on va poser tous ces problèmes de réorganisation. J'ai entendu le mot cloisonnement, frontière, j'ai entendu ces mots là et si on va trop dans le cadre, le travail d'équipe se fait dans les métiers, mais risque de ne pas se faire inter-métiers et cela risque de poser des problèmes. Il faut faire attention quand on va cadrer, car si on ne fait pas ça, comme il faut, moi, si je passe devant une chambre et que la fille du bio-nettoyage est occupée et que je rentre la table d nuit dans une chambre, je n'ai pas envie qu'on me parle de dépassement de fonction. Si on me demande de rentrer une table de nuit parce que je suis plus costaud qu'une femme, je n'ai pas envie que l'on me dise : il ne faut pas faire ça. Après il faut parler travail d'équipe dans les métiers, mais aussi entre métiers.*

Cette réflexion d'un représentant des aides-soignants pose des questions sur la suite de la discussion par métier : comment « décloisonner » entre les métiers alors que nous avons commencé par mettre en discussion cet objet. Mais se pose également la question de ce que ces espaces de discussion vont produire : est-ce que nous allons générer du « cadre », c'est-à-dire « encore » de la prescription ou « autre chose » qui ressemblerait à de la coopération entre les métiers, c'est-à-dire de la ressource psychosociale ? Nous souhaitons maintenant mettre cette question en débat.

La fonction psychologique et sociale du métier

Nous venons de présenter l'évolution du processus de la discussion du travail en retraçant l'histoire des objets de travail mis en discussion. Notre hypothèse de départ, dans l'élaboration du processus de l'intervention, était de démontrer que le concept psychologique du métier était opérationnel. Nous avons démontré qu'il nous a été utile pour construire nos objets de discussion (discussion sur les ressources des quatre registres du métier). Il a participé à la reconnaissance du métier, de ses difficultés à exister dans un contexte de restructuration qui avait bousculé l'ensemble des métiers. Il nous a permis de faire émerger, très concrètement, des situations de tensions demandant à être mises en débat dans les équipes. Par contre, il a montré ses limites qui seraient de renforcer une idéologie défensive du métier et une stigmatisation des autres qui ne sont pas « du métier ». Le risque était de rigidifier l'instance Transpersonnelle en la déliant des autres professionnels incapables d'orchestrer son activité en coopération avec les autres métiers. L'évolution des « objets » de travail discutés au cours de l'intervention montre que le métier est une ressource, mais également le collectif de travail et sa cohésion. Et pourtant… Nous voudrions rendre compte également de la « résistance du métier » dans cette intervention. Lorsque nous avons observé ce que la discussion du travail avait produit, nous avons eu la surprise de constater que ce sont principalement les ressources de l'instance Transpersonnelle qui se sont développées, dans sa dimension psychologique et sociale.

Notre intervention a eu lieu dans le milieu hospitalier où la culture du « faire » est primordiale. L'urgence vitale fait partie du quotidien pour les équipes soignantes et demande une réactivité qui s'impose auprès de l'ensemble des professionnels. Les métiers, bien que relationnels, sont essentiellement composés de gestes techniques donc de « savoir-faire ». Lorsque nous analysons les propos des acteurs décideurs du changement impliqués dans la recherche-action, ils nous ont demandé d'être « pragmatique ».

Extrait du comité de pilotage de février 2014

Directrice des soins *: Il me semble que beaucoup de choses ont été évoquées, c'est important de voir sur quoi on a des leviers d'actions pour agir vite et quand même vite. Moi j'ai entendu qu'il y a beaucoup de réunions et peu de disponibilité des cadres. Si on veut capter l'attention des équipes, il faut agir sur des choses concrètes et c'est ce qui va donner l'envie de continuer à être avec le cadre de santé. Si les équipes se rendent compte que c'est du vent et que l'on perdu du temps à discuter, on ne les gardera pas longtemps dans les groupes de travail. Commencer par des choses pratiques et sur les préoccupations principales.*

La représentation des espaces de discussion est donc que ce soit « utile ». En cela, la directrice des soins de l'EHPAD rejoint Detchessahar (2013) lorsqu'il demande aux espaces de discussion d'être « un espace de construction par le dialogue de solutions ou de construits d'action collective entre acteurs interdépendants » (p. 59). Lors du colloque « Management et bien-être au travail à l'hôpital » (2014), Clot et Detchessahar ont précisé ensemble que ces espaces de discussion devaient également être un lieu de décision. Et Detchessahar s'adresse à Yves Clot pour résumer leurs échanges lors d'une table ronde : « Attention, ce terme « d'espace de discussion » est un terme compliqué d'abord parce qu'il paraît sympathique alors que c'est très difficile à mettre en place, et c'est un mot compliqué parce que c'est un faux ami aussi. Yves, tu l'as très bien dit et je voudrais insister là-dessus, « espace de discussion » c'est très trompeur parce que quand on dit « espace de discussion » ou « management par la discussion », on a l'impression que la finalité c'est la discussion. Or, il faut bien comprendre que non. La discussion c'est bien le moteur, c'est l'efficience si vous voulez pour parler chic, mais la finalité c'est bien la décision, fut-elle les micro décisions « cambouitiques » qui donnent une direction au travail, mais la discussion c'est le moteur de quelque chose qui doit nous réunir et qui est de produire des chemins praticables et donc de la micro organisation. C'est pour ça que je préfère cent fois « régulation » à « traduction ». Au terme d'un processus de régulation, j'ai des règles donc possiblement nouvelles. Au terme d'un processus de traduction, j'ai quelque chose qui était dans un langage incompréhensible mis dans un autre, mais j'ai un peu la même chose dite autrement. La finalité de la discussion c'est la décision et la production d'organisation, fût-elle locale. » (Detchessahar, 2014)

Dans le processus que nous avons instauré, des micro décisions locales ont été prises par les cadres en s'appuyant sur les discussions avec les équipes et transmises aux professionnels qui n'avaient pas assisté à la discussion lors de relève. Toutefois, nous constatons que les espaces de discussion mis en place dans le cadre de notre intervention n'ont pas seulement construit de l'action collective, mais également de la fonction psychologique et sociale.

Nous avons réalisé une synthèse des construits d'actions collectives à partir de l'évaluation collective de l'action lors du dernier comité de pilotage, en février 2015 :

Acteur	Objet de discussion	Construit d'actions collectives « concrètes »	Construits psychologiques et sociaux
Chercheure acteure	L'entraide et la coopération		Ça a fait râler, mais ça discutait bien sûr des situations où les gens ne voyaient pas les choses de la même façon. Oui, ça a fait râler un peu mais elles ont réussi à se dire des choses mais différemment.
Cadre de santé 1			Même des agents qui sont sur la réserve d'ordinaire se sont exprimés et ça, ça a été la grande surprise quand même
Cadre de santé 2	La pérennité de l'action auprès des cadres	Essayer de travailler avec ses collègues pour animer des réunions qui peuvent être communes à différents services	Ça m'a conforté dans le fait que co animer une réunion ou un échange avec une équipe c'est bien parce que ça permet de rebondir différemment.
		J'ai animé une réunion la semaine dernière et on a utilisé le Photolangage. Un outil créatif que moi j'affectionne. Je trouve que c'est un bon moyen un peu neutre pour pouvoir exprimer certaines choses et laisser la parole aux autres.	Au final, chacun a dit ce qu'ils avaient besoin des uns des autres. Chose que l'on n'entend pas. On entend souvent : moi je travaille de mon côté. Et, au final, ça a été vraiment un moyen de se dire qu'ils avaient besoin les uns des autres et que le moment de la relève c'était leur lieu d'échange. Donc, oui, ça a facilité, je pense les discussions entre nous.
Cadre 2	La relève		Ça a été à mon sens un échange vraiment authentique parce que chacun a pu dire ce qui le mettait en question et effectivement le dire en plus très positivement. Ça s'est fait comme ça que des fois on pouvait rire à une relève mais que ce n'était pas contre une personne.
Un chercheur acteur			Ce n'est pas facile de se découvrir quand on veut dire les choses effectivement. Donc on a franchi ce pas c'est ce que j'en déduis
Cadre 2		On a essayé de trouver un objet neutre commun à toutes les catégories professionnelles qui a été la relève. Et au final, cet outil neutre a été vraiment bénéfique. On est en train de travailler dessus, avoir des relèves communes, sur un seul étage, sur la place de chacun	Et puis je me rappelle de notre joie après d'avoir touché ça. On s'était appelé, on s'était écrit, on avait tourné autour de cette séance. Ça cristallisait beaucoup d'appréhension et notre surprise, et notre joie d'être arrivé à vivre ça
Cadre 3	L'intégration d'un nouvel arrivant	Après, le binôme on l'a mis en place, ça c'est sûr. Par rapport aux nouveaux arrivants, oui, ça nous sert puisqu'il y a beaucoup de mouvement	
Cadre 4	La pénibilité	L'ergonome nous avait dit qu'il n'y avait pas de trop grosses fautes. Il y a des trucs où on a pu travailler dessus. Puis après on ne peut pas tomber les murs.	

Cadre 5	L'intégration d'un nouveau cadre		On avait des équipes complétement éclaté, en difficulté, et c'est vrai que je pense qu'elles ont pu se retrouver donc on a eu une adhésion très importante de l'ensemble des deux équipes. Alors, je ne sais pas, mais en tout cas, je me dis : le cadre a pu s'intégrer très facilement. Est-ce que ça a pu l'aider ? Peut-être. Je ne suis pas capable de le dire. En tout cas, en même temps, peut être que si on ne l'avait pas fait ça se serait passé autrement. N'empêche que le cadre a pu s'intégrer facilement dans ces équipes et on voit des équipes où il y a de la cohésion, de la motivation et où il y a une vraie adhésion à ce qu'elle propose.
Directrice des soins		Avec mon équipe cadre, en réunion d'encadrement, on est passé d'une demi-heure d'échange à une heure d'échange maintenant. Et c'est important qu'elles puissent aussi se donner des idées pour savoir « comment je peux gérer une telle problématique » ou « j'ai été surprise de voir que cette organisation a bien marché. Est-ce que c'est transférable ou pas » Et ça c'est des temps importants	Moi, j'ai envie de dire que c'est une culture qu'on est en train de faire passer, la culture de l'expression des équipes.
Cadre supérieure		Les thèmes ont été bien ciblés pour que l'on puisse arriver sur quelque chose de concret.	
Secrétaire CHSCT			C'est la culture de la mise en discussion. Mais ce n'est pas qu'avec les cadres. Moi je dirais que c'est la culture de la mise en discussion avec l'ensemble de l'établissement. (…) La présence de la direction pour moi elle a été essentielle dans tout ce que l'on a fait, dans tout le travail que l'on a conduit. La réunion dans la salle des fêtes et où tout le monde était invité. Je crois que s'il n'y avait pas eu ça il aurait manqué quelque chose. Peut-être que je garderais ça, oui, on met en discussion mais il faut le garder à l'étage de l'établissement. Et quand on prévoit des projets importants ou quand il y a des situations critiques, je pense qu'il faut qu'on garde ça. Parce que la confiance de nos agents est bien là aussi. Il n'y a pas que la confiance envers le cadre. On ne parle que du cadre mais il n'y a pas que cet étage-là. Je pense qu'il faut à tous les étages et qu'il faut continuer comme ça.

Tableau 66 : Construits d'actions collectives

Cette synthèse nous permet de constater que la production des espaces de discussion a permis des construits d'actions collectives ; d'après le recueil des propos des acteurs, elle a

essentiellement produit une « culture de la discussion ». Elle se caractérise par une communication inter personnelle respectueuse, capable d'aborder des situations émotionnellement difficiles sans détruire la relation. Elle fixe explicitement les règles sociales, un « attendu du sous-entendu » du vivre ensemble que nous situons dans l'instance Transpersonnelle. Nous pouvons également faire le lien entre les construits psychologiques et sociales et les indicateurs de vitalité des collectifs de travail présentés par Caroly (2010, p. 168-169). Nous nommons les indicateurs de la vitalité d'un collectif de travail qui ont émergé de cette évaluation des construits : la capacité du groupe à s'ajuster aux difficultés, l'émergence de règles communes face à des contraintes extérieures, partager des points de vue et des divergences sur « prendre soin », la construction d'un genre professionnel autorisant des styles individuels, l'accueil du nouveau, la transmission du métier.

Suite à ces résultats, pour nous, la vitalité d'un collectif de travail et celle de l'instance Transpersonnelle se rejoignent. L'activité dialogique produit le développement de l'axe de l'activité : les construits d'actions collectives « concrets » interrogeant l'instance Impersonnelle pour s'adapter au réel de l'activité dans la confrontation avec autrui, l'instance Interpersonnelle. Mais elle permet aussi le développement de l'axe des personnes et des collectifs de travail.

Ainsi, si nous avons à conclure sur l'analyse du processus des « objets » de travail mis en discussion. Nous pouvons constater que nous sommes parties du concept psychologique du métier pour mettre en débat le travail des professionnels. Mais dans le cycle d'activité suivant, nous avons mis en discussion des « situations de tensions professionnelles » et, en cela, nous sommes revenues, apparemment à un niveau de prévention primaire préconisé dans la prévention des risques psychosociaux. En interrogeant ces situations afin de les résoudre, nous prévenions, à la source, les risques. Or, nous avons essentiellement produit des construits psychologiques et sociaux. Nous avons soutenu une action collectivement portée, par les professionnels de terrain, les cadres, leurs directions orientées vers une culture de la discussion. Il serait difficile de traduire dans les cases d'un Document Unique ce que nous avons transformé.

L'engagement des équipes dans la discussion

« Il faut savoir se poser et partager, savoir s'écouter et discuter dans l'équipe et avec le résident. Il faut avancer dans le même sens et celui qui donne le sens c'est l'équipe et le résident. Il y a quelqu'un qui lance une idée et après on discute avantage et inconvénient, il faut accepter les remarques de tout le monde »

Une aide-soignante de l'EHPAD

Nous proposons d'interroger l'engagement des professionnels dans la discussion en observant leur participation aux différents espaces proposés. Pour les équipes, nous avons mis en place 4 espaces différents :

- Une réunion d'information de la démarche
- Des « Ateliers ressources » regroupant les professionnels par métier
- Des réunions sur la synthèse des « ateliers ressources métier » et la sélection des situations de tensions par équipe
- Des réunions de travail sur les situations de tensions

	Participants	Animateurs	Objet	Production des participants	Mode d'animation
Réunion d'information	L'ensemble du personnel EHPAD	La direction Les chercheurs acteurs	Information sur la démarche (enjeux, objectifs, déroulement)	Néant	Animateurs sur une estrade, utilisation d'un Power Point
Ateliers ressources métier	Des groupes de 6 participants regroupés par métier (soignants et bio nettoyage)	Un chercheur acteur	Mettre en discussion les tensions et les ressources du métier	Synthèse des tensions et des ressources de leur métier	Participatives et s'appuyant sur l'expérience des participants
Synthèse des ateliers métier	Les professionnels regroupés par unité de travail	La cadre de proximité Un chercheur acteur	Partager un diagnostic sur les tensions et ressources des métiers Mettre en visibilité le métier de chacun Sélectionner les situations de tensions spécifiques à l'unité de travail	Compléments sur la synthèse Choix de situations de tensions spécifiques à l'unité de travail	Présentation d'un Power Point Discussions Participative pour le choix des situations
Réunions en groupe de travail	Les professionnels concernés par la situation (volontaires + d'autres, sélectionnés par la cadre)	La cadre de proximité Un cherche acteur	Mettre en discussion des situations de tensions	Des règles de métier Une seule prescription a émergé de l'ensemble des situations travaillées	Participatives Expérientielles

Tableau 67 : Les espaces de discussion proposés aux équipes

En ce qui concerne la participation à la réunion d'information qui a introduit la démarche auprès des professionnels de l'EPAD, nous avons constaté une faible mobilisation de l'ensemble du personnel. Cette réunion a été organisée sur le temps de travail, en début d'après-midi afin de permettre aux équipes du matin et de l'après-midi d'assister à la réunion d'éviter à un maximum de personnes de revenir sur leur lieu de travail. Or, seulement 8.8 % du personnel a assisté à la réunion (alors que l'ensemble de l'encadrement était présent).

La participation aux « Ateliers ressources » par métier mobilisé plus de professionnels. Sur la base du volontariat, 26 % du personnel s'est engagé dans la discussion sur leur métier. Alors

que nous avions commencé à animer des groupes, des volontaires se sont manifestés suite à des échanges avec leurs collègues participants. Nous avons choisi de ne pas les intégrer afin de conserver la dynamique des groupes créés tout en précisant que d'autres espaces de discussion seraient créés dans la suite de la démarche et qu'ils pourraient, à ce moment-là, travailler dans des groupes.

	Infirmiers	**Aides-soignants**	**Agents hôteliers**	**Agents bio-nettoyage**	**Totaux**
Nombre de professionnels	38	111	55	23	227
Nombre participants	11	24	10	14	59
Pourcentage	**29 %**	**22 %**	**18 %**	**61 %**	**26 %**

Tableau 68 : Participation des professionnels à la discussion sur les métiers

Le troisième espace de discussion proposé aux professionnels s'est déroulé dans les équipes, en co animation avec les cadres. 61 % des professionnels ont assisté à ces réunions de partage sur la synthèse des métiers et la sélection de situations de tensions spécifiques à leur unité. La participation s'est également déroulée sur la base du volontariat.

Sites EHPAD	**Site A**					**Site B**	**Bio nettoyage (2 équipes)**	**Total**
Unités	**Unités 1 et 2 (2 unités)**	**Unités 3 et 4 (2 unités)**	**Unité 5 (1 unité)**	**Unité 6 (1 unité)**	**Unités 7 et 8 (2 unités)**	**Unités 9 10 11 12 (4 unités)**		
Nombre participants	27	29	8	15	9	37	13	**138**

(1 unité = 1 équipe de soignants pour 30 lits en moyenne x 2 (matin et après-midi) et une équipe de nuit réduite)

Tableau 69 : Participation du personnel aux synthèses des discussions sur les métiers et sélection des situations de tensions

Sur l'organisation de cet espace de discussion, l'engagement des cadres dans la co-animation a, semble-t-il, eu un impact sur la participation.

Extrait du comité de pilotage juillet 2013

***Un cadre** : Sur mon secteur, il n'y a pas eu beaucoup de volontaires sur les « Ateliers Ressources Métier ». Pour elles, ça n'avait pas de sens et ce n'était pas le moment. Sur les synthèses, on a eu 8 personnes sur 32. Je ne les avais pas prévenus à l'avance. J'étais inquiète au départ : comment ça allait se passer, comment on allait procéder, si les agents allaient venir. Et en fin de séance, j'étais contente. Il y a eu un bon échange, intéressant. Et là, ils ont compris la procédure et l'intérêt du dispositif. J'ai été surprise par le choix des situations.*

Le dernier espace de discussion proposé aux équipes n'a pas seulement engagé des volontaires. Les encadrants ont mis en discussion, en entretien individuel avec un chercheur acteur, les professionnels les plus à même de discuter des situations de tensions selon le thème. Aussi, nous avons gardé le principe du volontariat, mais sur certains sujets (gestion des résidents violents, l'entraide et la coopération), les cadres ont constitué les groupes. 123 professionnels ont participé à un groupe de travail, soit 54 % du personnel.

Nous constatons que les professionnels se sont progressivement engagés dans la démarche avec un taux de participation qui a progressé au cours de l'intervention. Nous faisons l'hypothèse que les méthodes d'animation des groupes les ont rendues acteurs dans les espaces de discussion. Ces outils de médiation de la parole sur le travail ont aidé à dépasser certains écueils cognitifs à parler de ce qui est fait « après coup » (Davezies, 2012). Nous avons également posé un cadre au démarrage de tous les espaces de discussion que nous pourrions qualifier de règles déontologiques de la participation et que nous avons présentées.

Ainsi, les méthodes d'animation de groupe, le cadre déontologique posé, nous avons constaté non seulement l'augmentation de la participation aux espaces de discussion proposés, mais également du plaisir à parler de son travail. Les séances de 2 heures ont semblé courtes aux participants. Ce plaisir de la discussion nous renvoie au plaisir du jeu et aux travaux de Winnicott (1971). Les espaces de discussion deviennent des aires transitionnelles où le travail et le métier deviennent des objets transitionnels. Soutenir les actions de discussion sur le travail revient à soutenir ces espaces avec ses règles du jeu et ses activités.

Extrait comité de pilotage de juillet 2013

***Une chercheur acteur** : Il y a une assiduité et une réelle participation dans les groupes. Les gens sont engagés à trouver des solutions en mettant en discussion tout ça. Je pense et j'en ai eu le retour, qu'ils ont vraiment du plaisir qu'on s'intéresse à ce qu'ils font. On le sait dans notre métier que les gens aiment parler de leur travail, mais on le retrouve là.*

L'engagement « volontaire » dans les espaces de discussion est venu régulièrement nous interroger tout d'abord lors de la préparation de l'intervention entre chercheurs acteurs mais également lors des comités de pilotage. Il nous semble que notre posture de psychologue nous a engagés de manière idéologique sur la libre participation des sujets dans les activités dialogiques. Nous n'avons pas accédé à la demande du directeur des ressources humaines qui souhaitait rendre obligatoire la participation de l'ensemble des professionnels dans l'action. Les ateliers ressources métiers sont les espaces de discussion créés sur la base du volontariat, sans incitation par les cadres (comme nous avons pu l'observer sur les espaces de discussion suivants où elles étaient en co animation avec un chercheur acteur). Or, ces « ateliers ressources métiers » ont créé des écarts dans l'appropriation au changement entre les acteurs de terrain.

De plus, nous pouvons considérer que les participants volontaires à l'action étaient déjà engagés dans le processus de changement. D'ailleurs, nous avons eu plusieurs participants qui nous ont expliqué avoir participé aux groupes de travail organisés par les cadres sur la nouvelle organisation. Ainsi, nous avons perçu que nous avions créé un décalage entre les participants et les non participants lors d'un « atelier ressource métier » entre les agents hôteliers (nouveau métier dans la réorganisation) :

Extrait d'un espace de discussion métier :

***Un agent hôtelier** : Il faudrait que nous ayons des tenues qui nous distinguent des soignants.*

***Une autre agent hôtelier** : Bah ! Oui. Nous, on aimerait bien faire comme ça… Mais non, celles qui disent encore que la restructuration n'a pas marché vont mal le prendre.*

Il est également intéressant de noter que ces espaces de discussion ont permis de réels échanges. Un de nos étonnements, en intervenant dans ce milieu, est l'écart entre la perception que nous pouvions avoir d'une culture de la communication orale et la réalité. En effet, dans le milieu du soin, les échanges nous semblaient fréquents : des relèves (espaces de discussion entre équipes

soignantes entre les postes du matin et après-midi, du soir et de la nuit, de la nuit et du matin) réunissent les professionnels.

Extrait du journal de bord :

***La secrétaire du CHSCT** : Ah, non ! Ce n'est pas ça du tout. C'est très normé la relève : on passe en revue les résidents. On n'échange pas.*

Lors des deux premiers comités de pilotage, la cadre supérieure de santé a eu une attitude très défensive vis-à-vis de l'intervention qui organisait des espaces de discussion. Cette posture est compréhensible : des réunions avaient eu lieu pour structurer la réorganisation et elle pouvait craindre que ces discussions remettent en question ce qui était programmé et planifié. Á partir de l'engagement des acteurs de terrain, ce que ça a produit et qui a été discuté dans les comités de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs, ce sont les représentations des espaces de discussion qui ont évolué. Ainsi, au début de l'intervention, la cadre supérieure de santé n'envisageait pas de modifier ce qui avait été prescrit.

Extrait du comité de pilotage de juillet 2013

***La cadre supérieure de santé** : Des infirmières et aides-soignants de jour et nuit ont, bien sûr, renvoyé à leurs collègues qu'elles avaient besoin de ces informations pour fonctionner. Quelle chambre faire en premier ? Aujourd'hui, quelle est la chambre à décaper ? Qui part à la radiologie ? Des choses comme ça. On a essayé de travailler dans la coordination et on se rend compte que les informations du jour, très pratiques, on les met sur un tableau. On a les radios sur un agenda. On a les sorties et les entrées et on va avoir différentes informations comme ça qui vont parler des priorités du jour, des événements du jour. Et en fait, c'est complétement dispersé. On a testé des agendas.*

***Un chercheur acteur** : Vous êtes en train de dire qu'il y a des choses qui se font déjà dans les services ?*

***La cadre supérieure de santé** : En fait, moi je sens qu'il y a quand même de la discussion dans les catégories. C'est vrai, elles ne sont pas d'accord sur tout mais, il y a des espaces d'échange. Il y a des réunions de service et en dehors. Et après, on fait ce que l'on peut.*

***Un chercheur acteur** : Alors, qu'est-ce que vous attendriez de la démarche ? En quoi elle peut vous être utile par rapport à ce qui se fait déjà ?(...)*

La cadre supérieure de santé *: L'ensemble des cadres sont présents et après il me semble que c'est aussi au cadre à re-ventiler dans les équipes, à expliquer ce qui se passe ailleurs, à annoncer les différentes stratégies.*

3.3.2.2. Le processus d'apprentissage à un management par la discussion

« La cadre doit être capable de m'entendre et d'entendre mon point de vue. Si je me pose des questions ce sera auprès du cadre. Il y a la confiance. Il y a la complicité. Il faut pouvoir dire à son cadre et que l'équipe ait confiance pour pouvoir s'exprimer. Il faut qu'on soit à l'aise, être proche, mais on n'oublie pas que c'est notre chef. »

Une infirmière de l'EHPAD

Nous souhaitons maintenant interroger une autre production issue des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail en ayant utilisé comme instrument la discussion sur le travail et le métier. Nous avions un enjeu important pour impulser une culture de la discussion, nous devions affronter les résistances à parler du travail. L'état de la littérature nous avait averti, nous avons rencontré sur le terrain et auprès des différents acteurs une résistance à la discussion qui s'est manifestée de manière différente et que nous avons réussi à dépasser. Nous souhaitons présenter la résistance à s'engager dans la discussion des professionnels de terrain, des cadres et des acteurs organisationnels ainsi que les actions mises en place pour les dépasser. Il nous semble que ces dernières sont apprenantes pour un cadre en situation d'instaurer un management par la discussion.

La résistance passive des cadres à s'engager dans la démarche

Lors des premières phases de l'intervention, de janvier à juillet 2013, nous avons eu des difficultés à impliquer les cadres dans la démarche. Nous étions face à une résistance passive, car elles ont toujours répondu à nos demandes d'organisation des différents ateliers à destination des équipes. Mais nous les sentions répondant à une commande de la direction, comme une soumission à l'autorité hiérarchique. Lors des séances qui leur étaient consacrées, elles ont participé, mais sans que nous puissions noter de l'enthousiasme. Elles répondaient à la prescription. Nous avons eu l'occasion d'entendre des propos mettant en question notre intervention comme si elles entendaient de la part de la direction un manque de confiance dans l'accompagnement au changement de leurs équipes. Nous avons également perçu des craintes sur la remise en question du travail d'organisation qu'elles avaient mené avant notre arrivée lorsque nous allions mettre en discussion avec les équipes les écarts entre le travail prescrit et l'activité.

Nous considérons que ces résistances sont légitimes de la part de ces acteurs. En effet, nous venions mettre en question leur travail alors que nous n'étions pas du métier. Cette résistance, nous l'avons rencontrée avec les équipes, mais… au début de l'intervention et celle-ci s'est rapidement estompée lorsque nous avons commencé à parler « métier ». Pourquoi les cadres ont-ils continué à résister et jusqu'où et quelles issues avons-nous trouvées ; devrions-nous dire : créées ?

Le processus de la résistance des cadres

De notre point de vue, nous avons maintenu la résistance des cadres au début de l'intervention car nous ne nous sommes pas intéressées à leur « métier » des cadres, à la différence du processus engagé avec les équipes. L'analyse des contenus des activités, réalisées sur le temps de la résistance des cadres, est apprenante. Pour les équipes, nous avons été attentives à proposer des activités qui mettent en mouvement, par la discussion, les quatre instances du métier.

	Instance Impersonnelle	**Instance Interpersonnelle**	**Instance Personnelle**	**Instance Transpersonnelle**
Activités	Lecture des fiches de postes par les intervenants et mise en discussion avec les professionnels sur les changements de la prescription	Mise en discussion des difficultés rencontrées dans la réalisation du travail prescrit (confrontation avec le réel de l'activité) + les difficultés dans la coopération	Mise en discussion des ressources personnelles : l'expérience, les compétences, les valeurs personnelles (le rapport affectif au travail)	Mise en discussion des conflits de valeur et sur le vivre ensemble au travail
Méthodes pédagogiques	Supports : fiche de poste de la fonction publique hospitalière et fiches de postes élaborées lors de la mise en place de la nouvelle organisation	Photolangage (activité permettant un partage des représentations à partir de photos) Métaplan	Photolangage et réalisation d'un blason* en utilisant une activité photos/collage	Réalisation d'un blason en utilisant l'activité photos/collage Mise en discussion sur le vivre ensemble

Tableau 70 : Les activités proposées aux équipes lors de la phase de la mise en discussion du métier

Au contraire, pour les encadrants, non seulement toutes les instances du métier n'ont pas été dynamisées par la discussion, mais nous avons uniquement mis en place des activités à

destination des équipes (sauf pour les analyses des pratiques qui visaient le développement de leurs ressources en termes de soutien social).

	Instance Impersonnelle	**Instance Interpersonnelle**	**Instance Personnelle**	**Instance Transpersonnelle**
Activités		. espaces de discussion en groupe de pairs (analyse des pratiques) . apports de connaissances sur le positionnement du cadre permettant de favoriser la créativité des équipes et sur les outils d'animation de réunion créative	Entretiens individuels : mise en discussion du mode de fonctionnement managérial individuel	
Méthodes pédagogiques		. analyse des pratiques managériales . exposés par des intervenants extérieurs	. MBTI : indicateur de personnalité	

Tableau 71 : La dynamique du métier d'encadrant dans la première phase de la recherche-action

Nous constatons que nous avons mis en place, dans un premier temps, des activités qui ont été dénoncées par des études (Journoud & Pézé, 2011 ; Brunel, 2004) et par l'analyse des données de nos deux premières études : des actions formatives de type développement personnel. Nous rajoutons que les activités formatives se sont déroulées avec des méthodologies inductives qui ne permettent pas aux cadres d'être acteurs à la différence des méthodes pédagogiques expérientielles.

Seules les analyses des pratiques auraient pu répondre à nos objectifs (les rendre acteurs en débattant des difficultés du métier et permettre l'élaboration de règles de métier à partir d'une discussion de leurs objets de travail). Nous avons rencontré deux écueils :

- l'un dans la mise en place des séances et qui a démontré la difficulté de la coopération entre les cadres
- et, le deuxième écueil a démontré, de notre point de vue, un mécanisme de protection du groupe de cadres de santé.

Ces séances ont été proposées uniquement aux cadres d'équipes soignantes qui n'avaient pas souhaité partager ces espaces avec les cadres techniques en décidant qu'elles n'étaient « pas du même métier ». Cet écueil nous a alertée sur le peu de solidarité entre les cadres. Une collaboration (et non pas une coopération) était instaurée par la cadre supérieure des soins : le matin, les cadres se réunissaient pour mettre en commun leurs ressources en termes de personnel et se « prêtaient » des agents pour pallier aux arrêts de travail.

Les 3 cadres techniques se rencontraient entre elles, sachant que seule l'une d'entre elle était à temps complet sur un poste d'encadrement alors que les deux adjointes partageaient leur temps sur de l'encadrement d'équipe (contrôle de la prestation) et une activité de bio-nettoyage.

La résistance des cadres de santé à intégrer leurs collègues du bio-nettoyage aurait pu être également analysée. Mais, nous reconnaissons qu'au cours de notre intervention, nous avons eu rarement comme objectif principal de réduire cet écart.

Le deuxième écueil concerne le déroulement des séances. En effet, elles ont été phagocytées par une cadre en difficulté et les trois séances proposées lui ont permis de déposer sa charge émotionnelle. Les cadres ont déserté ces séances après avoir tenté d'aider leur collègue. Nous faisons toutefois l'hypothèse que l'attitude de cette cadre a permis de maintenir une distance entre les intervenants et le métier de cadres. Toutefois, nous pouvons affirmer que seule cette activité nous aurait permis d'accéder à la mise en discussion de leurs objets de travail et que cette voie d'accès a été sans issue.

La résistance passive des cadres que nous avons rencontrée s'opposait à l'engagement des professionnels des équipes. Après le démarrage de l'intervention, nous avons reçu de nouvelles demandes d'inscription dans les groupes de discussion sur le métier (parfois relayée par les représentants du personnel) et une séance supplémentaire a été demandée (il nous a été difficile de la mettre en place pour raison de planning : à la fin de ces séances, les vacances d'été débutaient pour de nombreux professionnels).

De la résistance passive à la co élaboration

Nous avons rencontré deux événements qui sont venus bousculer la résistance des cadres et nous estimons que les réponses en termes de transformation d'activités qui en ont découlé ont participé à l'engagement des cadres dans l'intervention.

Le premier événement concerne les interrogations des équipes à la fin des séances d'explicitation de leur métier. Nous avons validé avec les groupes la synthèse qui serait présentée lors du comité de pilotage. Plusieurs professionnels nous ont alors interrogés sur les cadres en nous demandant pourquoi nous n'avions pas organisé le même dispositif pour les cadres « qui ont, elles aussi, des problèmes ». Cette demande a également été formulée par des membres du comité de pilotage (les représentants du personnel et non pas les cadres eux-mêmes). Mais nous n'avions pas encore compris l'enjeu de parler de son métier et nous avons « seulement » modifié notre méthodologie en impliquant les cadres dans les activités auprès des équipes. Ainsi, nous avons co animé les groupes de travail dans leurs équipes pour choisir, sélectionner les « objets » à mettre en discussion dans la troisième phase d'intervention.

Le deuxième événement s'est déroulé 6 mois plus tard. Les interventions avec les cadres dans leurs équipes avaient permis de gagner de la confiance. Nous n'étions plus perçues comme intrusives et des échanges sur les « secrets d'équipe » commençaient à être partagés. Ces « secrets d'équipe » concernent les modes de fonctionnement de l'équipe (ou de certains salariés) qui pourraient être considérés comme des déviances à la prescription, mais le cadre n'intervient pas percevant que ces attitudes dans le travail participent à la régulation de l'activité. Or, en janvier 2014, le métier des cadres a été impacté par une réorganisation comme les équipes l'avaient rencontrée une année auparavant : un poste de cadre ne serait pas remplacé et elles devaient se réorganiser. L'annonce n'a pas été claire de la part de la direction qui est restée dans des sous-entendus. Les cadres nous ont alors demandé notre aide pour rendre visible leur métier de cadre vis-à-vis de leur direction. Avec l'accord du comité de direction, nous avons mis en place des espaces de discussion sur le métier d'encadrant.

Dates	Participants	Activités	Objets mis en discussion
Fin janvier 2014	Les cadres de santé La cadre supérieure Les intervenantes	Analyse de la demande des cadres	Les inquiétudes sur la charge de travail induites par une réorganisation de l'activité des cadres Leur volonté d'être actrices dans cette réorganisation
Fin janvier 2014	Le comité de direction Les intervenantes La cadre supérieure	Validation de la demande des cadres et des changements dans la démarche engagée	Les inquiétudes des cadres L'implication de la direction dans la démarche auprès des cadres
Début février 2014	Les cadres Les intervenantes	2 réunions de 2 heures sur leurs préoccupations et leurs ressources	
Mi février 2014	La direction (directrice de l'établissement, directrice des soins, le DRH) Les intervenantes	Le travail perçu par la direction des cadres de santé Les attentes de la direction vis-à-vis des cadres	La « proximité » avec les équipes Encadrer une équipe L'éloignement des cadres Les réunions
Mi février 2014	Les cadres de santé La cadre supérieure (sans les intervenantes)	Propositions d'organisation de l'activité des cadres dans un contexte de réorganisation (un cadre non remplacé)	Différents scénarios d'organisations
Début mars 2014	La direction Les cadres de santé Les intervenantes	Synthèse des travaux de groupe sur le métier des cadres Validation de leurs demandes	Proposer à la direction plusieurs scénarii de réorganisation de l'activité avec un cadre en moins et avoir l'autonomie dans la mise en œuvre (validé) S'organiser pour ne pas participer à l'ensemble des réunions institutionnelles mais se transmettre les informations échangées dans ces réunions (refusé) Photolangage sur les marges de manœuvre des cadres

Tableau 72 : Les activités mettant en discussion le métier de cadres

Prendre soin du métier

Il nous semble que c'est l'engagement des cadres qui s'est joué lorsque nous nous sommes intéressées à leur métier, dans toutes ses dimensions :

- L'axe du développement de l'activité : de la prescription au réel ; leur activité empêchée : les réunions institutionnelles qui les éloignent de ce qu'elles ont nommé « notre cœur de métier » : c'est-à-dire une activité en proximité avec leurs équipes ;
- L'axe du développement des personnes et des collectifs de travail : comment elles participent au « vivre ensemble » dans l'équipe en respectant de l'implicite tout en étant garante de valeurs personnelles et éthiques ; leurs difficultés à maintenir cet équilibre avant d'envisager de le développer par des activités collectives comme des discussions sur des projets avec l'équipe.

Cet engagement s'est manifesté par un passage d'une collaboration à une coopération avec ces encadrants. De notre point de vue, elles étaient dans la collaboration lorsqu'elles appliquaient ce qui était demandé (communication aux équipes, organisations des espaces de discussion avec les intervenantes, réorganisation des plannings pour intégrer ces nouvelles activités). Le partage des difficultés du métier a permis cette évolution.

« Écouter » le métier

Nous souhaitons revenir sur le moyen d'action largement plébiscité par les encadrants lors de notre deuxième étude sur les représentations des actions des encadrants visant la santé des équipes. En effet, nous avons vu que l'ensemble des encadrants priorise l'action de l'écoute des individus et des équipes.

Les résultats de cet acte de résistance des cadres montrent que « l'écoute » du métier de l'autre sur les quatre registres (sans sous-estimer ou sur estimer une des dimensions du métier) est un enjeu non seulement de la coopération mais de la vitalité des collectifs de travail.

« Écouter » n'est pas seulement utiliser les outils de l'écoute active comme ont pu nous le dire certains encadrants qui avaient suivi des formations sur la communication lorsque nous leur demandions de préciser ce moyen d'action. Ce n'est pas seulement « écouter pas seulement avec ses oreilles » (sous entendu dans les cours de communication : d'être attentif aux manifestations non verbales). Écouter, c'est revenir à la centralité du travail et plus précisément du métier. C'est comme si, en écoutant le métier sur ses quatre registres, il nous permettait d'accéder à une part de l'énigme du travail. Pour nous, le métier est un objet transitionnel à

disposition des encadrants pour accéder au travail des équipes et développer la coopération et la vitalité du collectif de travail qu'ils ont en responsabilité.

Le plaisir à parler de son métier

L'analyse de cette situation de résistance des cadres met également en évidence le plaisir de parler de son métier. Nous l'avons constaté avec les équipes. Pour elles, nous avions mis en place des méthodes pédagogiques qui permettaient de mettre en discussion les axes de développement du métier et donc des quatre registres. L'assiduité de nos participants et la « publicité » faite auprès de leurs collègues qui s'est manifestée par des demandes d'inscription alors que les séances avaient débuté ont été les manifestations de ce plaisir. Nous l'avons ressenti en animant ces discussions sur le métier (avec les équipes puis avec les encadrants) : les séances semblaient trop courtes aux participants.

Et ce plaisir nous renvoie au plaisir du jeu. Si les espaces de discussion sont des aires transitionnelles, le métier devient objet transitionnel. Et peut-être que le concept psychologique du métier va répondre aux regrets de Winnicott (1971, p. 3) : « L'expérience culturelle n'a pas trouvé sa place véritable dans la théorie qu'utilisent les analystes pour travailler et pour penser ».

La dynamique du Système des Ressources Psychologiques du Métier

Ce travail d'analyse fait également apparaître la nécessité de concevoir des interventions auprès des cadres qui vont mettre en mouvement l'ensemble des registres du métier. Par contre, nous constatons que l'action des cadres se situe dans la mise en dynamique de deux Systèmes des ressources psychologiques du métier : le leur et celui de leurs équipes (voire même, dans la situation particulière des cadres soignants : les différents métiers qui composent leurs équipes). Aussi, ils ont à « prendre soin » de deux métiers : le leur et celui de l'équipe. Par contre, pour prendre soin de leur métier, ils vont avoir besoin que leur hiérarchie prenne soin de leur métier et accepte de mettre en discussion les quatre registres du métier des encadrants.

Dans cette interrelation, la notion de marge de manœuvre est revenue souvent dans les débats entre la direction et les encadrants. Elle demande à être précisée dans les représentations de chacun de ces acteurs. Dans l'animation des espaces de discussion sur ce thème nous regrettons d'avoir seulement instauré le débat sans la décision qui clôture ces espaces. Le moyen d'action

sur la marge de manœuvre des cadres reste un débat ouvert qu'il serait intéressant d'investiguer dans de nouvelles recherches.

Par contre, les espaces de discussion que nous avons instaurés entre la direction et l'encadrement n'auraient pas été rendu possibles sans avoir été confrontés à la résistance à la discussion sur un plan institutionnel. Nous allons présenter une situation qui met en évidence la résistance à la discussion liée à aux ressources (ou plutôt le manque de ressources) dans l'instance Transpersonnelle. En effet, lorsque « l'attendu du sous-entendu » d'une organisation est de se taire lorsqu'on est en présence d'un statut supérieur au sien, instaurer des espaces de controverse demande un apprentissage organisationnel à la discussion. Nous allons présenter cette résistance et les expérimentations que nous avons mises en place pour en faire une force dans notre dispositif de transformation du travail.

3.3.2.3. Le processus d'apprentissage organisationnel à la discussion du travail

La culture organisationnelle : un obstacle à la discussion du travail

Les préconisations des auteurs sur les conditions de la mise en place de démarche de prévention des risques psychosociaux, de la santé, de la qualité de vie au travail convergent. Toutes demandent un engagement (porté par la direction) dans des démarches participatives. Cette participation se manifeste par l'instauration, dès le début de la démarche, d'un comité de pilotage réunissant différents acteurs que nous avons nommé des acteurs institutionnels :

- Représentants de la direction
- Représentants du personnel
- Représentants des professionnels de santé

Nous avons suivi scrupuleusement cette préconisation lors de l'implantation de la démarche. Nous avions renforcé ce groupe d'acteurs en incluant l'ensemble de l'encadrement et des représentants de chaque métier concerné par l'étude.

	Direction	Représentants du personnel	Professionnels de santé	Encadrement	Représentants des métiers de l'EHPAD
Nombre	5	2	2	9	4
Fonction	1 directrice 1 DRH 1 directrice des soins 1 agent de direction responsable EHPAD 1 agent de direction responsable qualité	2 membres du CHSCT et représentants des 2 organisations syndicales représentatives dans l'établissement (CFDT et CGT ; la CFDT étant majoritaire)	1 médecin du travail 1 psychologue du travail	1 cadre supérieure 5 cadres de santé 1 cadre bio nettoyage 2 encadrants, adjointes du cadre bio nettoyage	1 infirmier 1 aide-soignante 1 agent prestation hôtelière 1 agent bio nettoyage

Tableau 73 : Les acteurs institutionnels impliqués dans la recherche-action

Sur la première phase d'intervention, trois signaux de résistance à la discussion nous ont alertés et nous ont incitées à proposer une modification dans notre démarche de recherche-action.

Le premier a eu lieu lors de la première réunion du comité de pilotage qui est intervenu après la validation des objectifs dans différentes instances (comité de direction, CHSCT et réunions auprès des cadres et du personnel). L'objectif de cette réunion était de mettre en discussion les objectifs négociés dans les différentes instances et de recueillir des préconisations sur le déroulement et l'organisation de la démarche. Nous avions préparé une présentation sous forme de Power Point. Nous avons déroulé ce support sans être interrompus et, comme dans de nombreuses réunions de ce type en entreprise, nous avons eu très peu d'interventions. La direction a affirmé son engagement dans la démarche. Les représentants du personnel ont émis de réserves sur l'issue de la démarche si une augmentation de personnel n'était pas prévue et nous avons terminé la « réunion ».

La deuxième alerte nous a interpellé lors de l'animation des espaces de discussion par métier. En effet, dans plusieurs groupes, les professionnels nous ont expliqué leur retenue à discuter avec leurs collègues d'un « grade » supérieur. Nous donnons comme exemple les propos d'une agent prestation hôtelière qui n'a pas le diplôme d'aide-soignante. « Parfois on sait ce qu'il faut faire. Par exemple, les personnes âgées ont parfois des problèmes dans la bouche avec un dépôt blanc. On sait que si on leur donne du jus d'ananas ça passe. Mais on ne se permet pas de dire. Elle nous dirait : t'as qu'à passer le diplôme ». Ainsi, la culture du Transpersonnel de ce milieu

professionnel nous parlait d'une règle implicite : « On ne parle pas si on est d'un statut inférieur ». Ce qui nous posait deux problèmes (au moins). Tout d'abord, toute notre méthodologie d'action dans cette intervention était basée sur la discussion, la discussion du travail pour tester la dynamique d'un Système des Ressources Psychosociales du Métier. Cette résistance à l'instauration de l'instrument psychosocial qu'est la discussion sur le travail risquait d'être une limite dans le déroulement de la recherche. Le deuxième écueil concernait notre comité de pilotage constitué de professionnels aux statuts hiérarchiquement différents : quelle utilité d'instaurer des espaces de discussion sans discussion ?

Cette question nous a été renvoyée par la cadre supérieure de santé qui a relayé la parole des cadres et nous a demandé, alors que la date du deuxième comité de pilotage était fixée, s'il était « obligatoire » d'assister à cette réunion pour raison de charge de travail. « Vous allez faire un compte rendu ? » a-t-elle conclu sous-entendant qu'il serait suffisant de le lire sans y assister.

Expérimentation d'un processus d'apprentissage organisationnel à la discussion

Or, non seulement la discussion était un enjeu dans notre intervention, mais ces différents signaux d'alerte manifestant une résistance « culturelle » à la discussion nous ont incitées à créer une nouvelle méthodologie d'animation de nos comités de pilotage afin d'en faire des espaces d'apprentissage institutionnels à la discussion. Nous avions éprouvé la résistance au changement avec des méthodes formatives inductives. Aussi, nous avons réfléchi à un apprentissage par l'action.

« C'est au pied du mur qu'on voit le maçon ! ». Nous avons adopté et adapté ce proverbe pour élaborer un dispositif de formation à l'apprentissage à la discussion sur le travail en montrant d'abord à nos participants ce qui était attendu avant de les engager dans l'action de la discussion. Nous avions donc pour intention pédagogique de leur rendre visible un débat sur le travail avant de les engager à discuter du travail. Pour cela, nous avons choisi de montrer la controverse sur le travail en exposant… le nôtre en intervention dans leur milieu de travail.

Les trois comités de pilotage qui ont rythmé ensuite la démarche jusqu'à la fin se sont déroulés sur le même modèle pédagogique. Pour le mettre en œuvre, nous avons fait appel à des pairs qui peuvent être considérés de statut supérieur à ceux des intervenants de terrain. Ainsi, trois chercheurs ont été impliqués dans ces séquences de travail. Tous les deux « sont du métier » :

ils connaissent le métier d'intervenant en santé au travail et partagent les approches mises en place dans l'intervention (à l'identique d'un responsable d'équipe) :

- Philippe Sarnin, enseignant chercheur à l'Université Lyon 2.
- Thierry Gaubert, enseignant au CNAM Rhône Alpes et responsable de la filière psychologie du travail.

Les réunions de 2 heures articulaient quatre temps de discussion :

	Activité des chercheurs	Intervenantes	Acteurs institutionnels
Temps 1 **(20 min)**	Écoute et peuvent demander des compléments en cours de présentation afin de bien comprendre ce qui est présenté Notent leurs questions et leurs demandes de complément	Présentation de la démarche (synthèse des actions réalisées) avec un support Power Point présenté à l'ensemble des participants Présentation des difficultés rencontrées et des questions qui se posent ou se sont posées en s'adressant uniquement aux chercheurs	Écoute sans intervenir Notent leurs questions et leurs demandes de compléments d'informations
Temps 2 **(40 min)**	Questionnent le travail des intervenantes, interrogent sur les choix méthodologiques, mettent en discussion d'autres choix méthodologiques et les argumentent En fin de temps 2, un des chercheurs fait la synthèse des échanges (démarche réflexive sur ce qui a été dit, comment ça s'est dit, ce que cette discussion a pu apprendre de la démarche)	Répondent aux questions Reconnaissent les impasses Emettent des hypothèses de travail pour la suite de la démarche	Écoute sans intervenir Prennent des notes pour préparer leur intervention
Temps 3 **(40 min)**	Écoutent Questionnent les questions des acteurs institutionnels (pourquoi, comment vous voyez les choses…)	Écoutent Répondent aux questions Formulent des hypothèses en lien avec les apports des acteurs institutionnels Proposent des améliorations ou de nouvelles actions de travail	Interviennent Donnent leurs avis sur les questions posées Interrogent les actions et ce qu'elles ont produit Proposent des améliorations ou de nouvelles actions de travail Envisagent l'organisation concrète de la suite de l'intervention afin de favoriser son implantation et l'implication des professionnels
Temps 4 **(20 min)**	En commun : Synthèse des actions décidées pour la suite de l'intervention Temps de partage sur ce que la séance a appris (apprentissage à la capacité réflexive collective)		

Tableau 74 : Les quatre temps de controverse dans les espaces de discussion avec les acteurs institutionnels

Apports de connaissances sur une méthodologie d'intervention visant une culture de la discussion

Pour la recherche, la retranscription et l'analyse des matériaux de ces espaces de discussion particulièrement riches ont participé à la production de connaissances sur la dynamique du Système des ressources psychosociales du métier par un management par la discussion.

Pour les participants, un apprentissage à la discussion par l'action a produit des effets. Il a donné à voir comment le travail de l'autre peut être mis en discussion de manière constructive, par un questionnement.

Extrait du comité de pilotage d'avril 2013 (fin de séance d'expérimentation de la méthode)

Directrice des soins en fin de séance : Moi, j'ai trouvé ça très intéressant d'abord parce qu'intellectuellement ça fait marcher un peu les méninges. C'est passionnant. Voir comment des personnes, et sans aucune critique et vision pessimiste, et qui n'était pas forcément dans la réflexion, mais qui sont dans le travail quotidien, ont réussi à se parler et à réfléchir sur le métier et ça pour moi, c'est absolument extraordinaire parce que ce n'était pas gagné quand même.

Une cadre : Juste… je m'excuse… C'est intéressant parce que l'on dit souvent que les équipes de gériatrie sont des équipes peu autonomes et pour le coup, votre versant pédagogique… la méthodologie proposée, et apporter de la réflexion pour se détacher, je pense que c'est réellement important et l'attente de certains.

La nécessité d'un apprentissage à la discussion à tous les niveaux de l'organisation

La résistance à la discussion dans ce cadre institutionnel d'un comité de pilotage nous montre la nécessité d'instaurer un apprentissage à la discussion à différents niveaux :

- Au niveau individuel
- Au niveau collectif
- Au niveau institutionnel

En effet, mettre en discussion son travail c'est vaincre des résistances. Ne pas dire permet de ne pas s'exposer et de conserver des pratiques (parfois clandestines individuellement et collectivement) pour conserver un rapport subjectif positif avec son travail (Linhart, 2015). En mettant « en risque à la critique » notre travail d'intervention, nous avons donné à voir notre

capacité de résistance. Comme tout professionnel, nous n'avions pas fait n'importe quoi, nos actions étaient sous-tendues par des logiques que l'autre était capable d'explorer. Notre travail mis en discussion a été recréé par le débat et le sens collectivement partagé. Nous avons également démontré que mettre en discussion le travail c'est aussi le rendre visible.

La résistance est une force. Une force paradoxale qui, mise en discussion collectivement, trouve des issues dans la créativité. Elle est une puissance à l'intelligence collective dans l'action. Mais nous avons rencontré les limites de la discussion. La forme de résistance que nous nous proposons d'analyser n'a pas trouvé d'issues collectives. Elle va nous permettre de valider le Système des ressources psychosociales du métier en observant sa déliaison dans une situation de conflit grave dans une équipe.

3.3.2.4. Les limites à un management par la discussion

« T'as beau être un super cadre lorsque tu intègres une nouvelle équipe ils testent ta résistance au groupe. »
Une cadre de santé de l'EHPAD

Le contexte de la résistance d'une équipe à intégrer son cadre (ou inversement : la résistance d'un cadre à intégrer une équipe)

Notre étude sur les situations perçues par les encadrants comme des risques psychosociaux a mis en évidence la fréquence d'exposition des cadres à des situations de tensions relationnelles dues à l'hostilité d'une équipe. Nous avons rencontré cette situation dans la recherche-action que nous avons menée en EHPAD. L'analyse de cette situation va nous permettre de montrer les limites d'un management par la discussion.

Lors du déroulement de la recherche-action, nous avons été alertés par plusieurs canaux sur le fonctionnement relationnel « difficile » dans une unité de soins : entre les professionnels soignants et entre la cadre et ses équipes. Si nous reprenons la chronologie de ces alertes, nous constatons leur aggravation dans le temps.

La première alerte provient de la médecin du travail qui nous a interpellées pour nous parler de situations d'agents en difficulté avec leur cadre « *aux comportements bizarres* », tout en rajoutant que l'histoire de cette équipe « *n'est pas simple* ».

La deuxième alerte nous a été donnée, lors des espaces de discussion sur les métiers, par des professionnels de cette équipe qui se sont retrouvés à échanger avec d'autres équipes sur les comportements de collègues et du cadre. Par exemple, une jeune aide-soignante (20 ans environ et 1 an d'ancienneté) a demandé à ses « pairs » s'il était « *normal que les aides-soignants du service lui fassent laver tous les bassins des résidents ?* ». Le silence gêné et stupéfait qui a suivi sa question répondait avant les mots : *« Tu ne dois pas te laisser faire ».* Nous avons également animé un espace de parole à destination des aides-soignants qui réunissaient deux membres de cette équipe en difficulté. Elles ont mis en discussion les attitudes de la cadre avec leurs « pairs » en citant ses pratiques de motivation : apporter un gâteau maison à une équipe et dire à l'autre équipe qu'elle aura la même chose quand elle travaillera mieux, interpeller un agent au bout du couloir avec le doigt et lui remettre un bonbon en lui disant qu'il a bien travaillé devant les collègues, les familles et les résidents. « *De toute façon, il est impossible de discuter avec elle* » était la fin de non-recevoir à toutes les propositions de la part des collègues d'autres équipes.

Ensuite, le directeur des ressources humaines nous a informés de comportements inadmissibles dans l'équipe. Des images et des propos dégradants avaient été affichés sur les casiers de certains professionnels par des collègues (image à caractère sexuel, propos stigmatisant sur une infirmité physique entre autres). La direction s'est déplacée sur le site pour signifier le caractère intolérable de telles attitudes.

La situation a empiré lorsque, quelques mois après l'événement précédent, une organisation syndicale est intervenue dans le service et a publié des tracts mettant en défaut la cadre du service. Quelques semaines plus tard, cette cadre est partie dans un autre établissement.

La résistance collective à l'échange

Dans cette situation, il ne nous est pas possible de parler de résistance à s'engager « physiquement » dans la démarche proposée. Plusieurs membres de cette équipe se sont inscrits dans les groupes de partage sur le métier (ni plus-ni moins que pour les autres équipes). La cadre était présente sur toutes les activités proposées et active dans l'organisation. Par contre, « psychiquement » nous pouvons constater qu'ils étaient absents ou plutôt centrer uniquement

sur la dégradation des relations au sein du service. Nous avons déjà signalé que la cadre utilisait l'espace des analyses des pratiques managériales pour évoquer les tensions qu'elle rencontrait avec les équipes et dans un discours émotionnel piégeant les tentatives de solutions proposées par les collègues. Dans les espaces de discussion regroupant les métiers, les participants venant de cette équipe s'engageaient mécaniquement dans les activités et utilisaient tous les espaces pour revenir sur la situation relationnelle dégradée du service. Or, alors que la situation des images et propos dégradants a eu lieu pendant les séances regroupant les métiers, aucun professionnel n'en a parlé.

Nous n'avons pas expérimenté de processus pour tenter de dépasser cette résistance. La cadre est partie avant que nous passions à la phase de co animation auprès des équipes où nous aurions pu, peut-être, expérimenter des actions ensemble. Toutefois, nous avons travaillé avec cette équipe avec la cadre supérieure de santé qui a assuré le remplacement de la cadre pendant 5 mois. Lors de la séance de choix des situations, la cadre supérieure a proposé un « objet de discussion » qui a été plébiscité par les membres de l'équipe : « les attentes des équipes vis-à-vis de leur cadre ». Les échanges ont été constructifs et des messages ont été transmis à la cadre supérieure dans cet espace de parole apaisée. Il semble que cette période d'intérim de la part de la cadre supérieure a permis une diminution des tensions relationnelles. La cadre supérieure était vigilante. Elle a toutefois changé de service deux personnes. Et est-ce que cette équipe a ressenti une forme de reconnaissance à être encadrée par la cadre supérieure ? Nous avons été vigilantes à impliquer cette équipe dans la démarche malgré l'absence de cadre de proximité.

Toutefois, alors que nous étions sur la phase de finale de la démarche, une nouvelle cadre a pris ses fonctions. Cette cadre a utilisé plusieurs stratégies pour ne pas intégrer le dispositif et sa résistance a pris la forme d'un blocage (annulation au dernier moment de toutes les dates planifiées). En fin d'intervention, la médecin du travail nous a alertées sur la manifestation de nouvelles tensions dans l'équipe.

La résistance d'une équipe en situations de tensions relationnelles graves

Cette situation nous permet de mettre en évidence plusieurs éléments concernant les conflits graves dans une équipe. Elle nous permet de caractériser plusieurs conséquences d'un conflit grave dans une équipe : l'escalade dans les tensions relationnelles à un niveau où la coopération devient impossible (entre les membres d'une équipe et entre les membres d'une équipe et l'encadrement) ainsi que les conséquences sur l'instance Transpersonnelle du métier et le

processus de « dévitalisation » du métier d'un collectif de travail et du métier de l'encadrant. Enfin, cette situation nous permet, paradoxalement, de valider la dynamique du Système des ressources psychosociales du métier en montrant des limites à un management par la discussion.

La notion de harcèlement nous a toujours semblé une impasse lors nos interventions sur cette question (Davezies, 2004). Sa valeur juridique lui donne un poids qui détourne de la voie de la prévention. Or, Leymann précise dès 1996 que cette situation débute lorsqu'un conflit n'est pas géré ou mal géré. Cette précision dans la chronologie d'un conflit nous a conduits à distinguer les conflits « sains » qui se caractérisent par de la parole, de la discussion (même si elle est émotionnelle et vive) des conflits graves où la communication est de plus en plus difficile et le travail déserte peu à peu la scène de la discussion au travail. Dans la situation de conflit à l'EHPAD, nous avions franchi la limite entre les conflits sains et les conflits graves. La communication entre les équipes et la cadre est devenue difficile voire impossible : « *Nous dans notre service, on ne peut pas dire à la cadre. On n'a pas le droit de dire et on n'y arrive pas. Nous, on demande des améliorations mais elle n'écoute pas*. » ; « *Des temps où on discute, oui, mais ça ne plaît pas à la cadre. De toute façon, c'est elle qui aura le dernier mot*. ». Cette équipe a « une histoire » qui, comme nous l'avons souvent constaté lorsque nous intervenons auprès de collectifs dégradés, est chargé de tabous avec des difficultés à obtenir des informations. Environ 5 ans avant notre intervention, cette équipe a été encadrée par un responsable qui clivait entre les équipes les professionnels jugés « bons » et les « mauvais ». Cette personne a fait l'objet d'une plainte pour harcèlement et la procédure juridique était toujours en cours (ce qui peut expliquer les réponses particulièrement évasives face à nos questions ; sachant que lors du dernier comité de pilotage, la directrice a informé les participants que cette personne avait « perdu » en justice. Le soulagement a été palpable.). Depuis son départ, aucun cadre n'est resté plus de 18 mois (certains sont restés quelques jours, ou une semaine : il a été impossible de chiffrer le nombre de cadres qui se sont succédés dans ce service depuis 5 ans). Á la lecture du dernier livre d'Annick Houel (2014), nous nous interrogeons sur l'attitude de ces « mamas », anciennes du service, aides-soignantes (le métier « majoritaire » en EHPAD) et détentrices de la culture du vivre ensemble et des gestes du métier, en résumé, ayant pris le pouvoir sur la dimension Transpersonnelle du service. La cadre du service a pris des fonctions alors que nous avions commencé depuis trois mois l'intervention. Jeune cadre nouvellement diplômée, de retour de congé maternité, n'a pas, si nous pouvons l'inscrire ainsi, « fait le poids ». Sa propre histoire est très certainement venue interférer inconsciemment dans les difficultés à trouver sa posture de cadre. Sa propre mère était une cadre reconnue par ses pairs et la direction. Elle venait de partir en retraite à l'arrivée de sa fille, dans un autre service

de l'EHPAD. Si nous revenons à l'histoire collective du service, des comportements de déstabilisations relationnelles avaient lieu. Et outre l'escalade du conflit grave, nous avons assisté, impuissants, à la déliaison du métier à partir d'une dimension Transpersonnelle devenue déviante. Nous utilisons ce terme pour signifier le clivage entre les professionnels des équipes sur le plan relationnel et professionnel (le « sale boulot » étant réservé aux plus jeunes ou à « *celles qui ne plaisent pas* »). Des règles opportunistes et illégales (Vardi et Wiener, 1996) sont élaborées par certains membres de l'équipe. Le concept de déviance est plus fréquemment utilisé (Becker, 1985 ; Ogien, 1999) même si certains auteurs (Barel et Frémeaux, 2010, p. 91) l'ont utilisé dans un sens positif « la déviance est compromis, voire coopération, entre différentes sources de légitimité ». Clot (2008, p. 260) alerte sur le risque de déliaison du métier : « Autrement dit, tout est lié mais tout peut aussi se délier. Au travail, le sentiment de vivre la même histoire peut s'éteindre en laissant libre cours à l'inflation des querelles de personnes qui se substitue vite à la déflation des disputes professionnelles. Un métier, privé de ressources vitales du travail collectif interpersonnel, sans répondant transpersonnel peut dégénérer en face à face ravageur entre un exercice personnel solitaire et des injonctions impersonnelles factices. Cette dégénérescence peut alors devenir le ressort d'un désir personnel de reconnaissance qui réclame réparation là où elle est impossible à obtenir. ».

La dimension Transpersonnelle nous renvoie à la question de l'autorité, celle de l'encadrant mais également au pouvoir qu'il incarne. Cornaton (1998, p. 202) précise cet « attendu du sous-entendu » qui est le fondement de toute société humaine et le distingue du monde animal : « On a pu voir, à travers la définition du pouvoir, que celui-ci supposait la force mais qu'à partir du moment où il était reconnu comme légitime la force du consentement, à la base de l'autorité politique remplaçait celle de la violence. ». Les conflits graves renvoient à la perte de la légitimité des encadrants, de l'autorité légitime qui permet de réguler les tensions relationnelles comme organisationnelles. Citant Arendt, Cornaton rajoute « Á juste titre, elle refuse d'assimiler l'autorité avec la violence ou même une quelconque forme de pouvoir, sous prétexte qu'elle requiert toujours l'obéissance. Elle est incompatible avec l'usage de moyens coercitifs : là où on a recours à la force, l'autorité proprement dite a échoué. (…) Si j'obéis au commandement parce que je le considère comme légitime, je ne cède pas à la violence. La violence ne devient nécessaire au pouvoir établi que si sa légitimité est contestée et son autorité affaiblie. » (Cornaton, 1998, p. 177). En EHPAD, sans légitimité, la cadre a perdu également le soutien du pouvoir représenté par la direction. Mise en cause de ne pas « savoir gérer son équipe », aucun espace de discussion ne lui a été accordé, elle a été contrainte de trouver un autre établissement. Elle a changé d'orientation professionnelle.

3.3.3. Analyse des représentations sociales sur l'action des encadrants en santé au travail

Ce chapitre a pour objectif de rendre compte des représentations sociales des acteurs de l'organisation d'un management par la discussion soutenant la santé des équipes. En effet, la richesse de nos données, issues des espaces de discussion métiers (dont celui des encadrants) et des espaces de discussion co animés avec les cadres auprès des équipes, nous permet de « donner chair » aux concepts d'espaces de discussion, aux ressources psychosociales mais aussi à l'action des encadrants en santé au travail. Aussi, après avoir présenté le contexte de notre recueil de données, nous aborderons successivement les thèmes qui ont traversés l'ensemble de notre étude : les espaces de discussion, l'action des encadrants en santé au travail et les ressources psychosociales du métier.

3.3.3.1. Recueil et analyse des données

Les cycles d'activité de la recherche6action ont été l'occasion de recueillir les représentations sociales des participants. Aussi, nous allons analyser les objets de notre étude en les considérant comme l'expression de la manière dont les acteurs directement impliqués dans le soutien de la santé les perçoivent, que ce soit les encadrants, mais aussi les équipes et les directions. Moscovici (1976, p. 66) cité par Molinier (2001, p. 8) décrit le concept de représentations sociales comme « une passerelle entre l'individu et le collectif. La représentation est alors sociale parce que son élaboration repose sur des processus d'échange et d'interaction qui aboutissent à la construction d'un savoir commun propre à une collectivité, à un groupe social ou à une société entière. Á l'instar d'une théorie scientifique ce savoir commun peut être utilisé par chacun. ». La question de la représentation a été abordée dès la première rencontre avec les cadres, lorsque nous leur avons présenté la démarche afin de recueillir leur engagement.

Pour produire ce savoir, nous avons procédé par démarche inductive, c'est-à-dire que nous n'avions pas d'idées préconçues sur les thèmes et les propos des acteurs (encadrement, équipes et direction). Nous avons utilisé deux méthodes de recueil de données :

- **La prise de note** lors de l'animation des espaces de discussion collective (métier et situations de tensions collectivement débattues)

Animer et prendre des notes n'a pas toujours été facile. Toutefois, nous n'avons pas choisi l'enregistrement des séances afin de conserver la spontanéité des professionnels dans la discussion. Il nous semble que l'enregistrement aurait rajouté une difficulté dans l'apprentissage à la discussion. Aussi, nous avons cherché à noter les verbatim des professionnels lorsqu'ils énonçaient une idée. Notre recueil de données a permis de capter 262 verbatim auprès des équipes et 63 auprès des encadrants et auprès de la direction lors des espaces de discussion collectifs. Nous n'avons pas animé toutes les séances. Aussi, le recueil de données provient des séances collectives suivantes :

- 4 séances pour chacun des métiers : infirmiers, aides-soignants et agents prestations hôtelières (soit 16 séances)
- 4 séances pour le métier d'encadrant
- 1 séance de travail avec la direction
- 3 séances dans les équipes pour le choix des situations de tensions
- 2 séances sur le thème de l'intégration d'un nouveau cadre

Nous avons donc animé 26 espaces de discussion collectifs de deux heures chacun.

- **L'enregistrement** est la méthode utilisée pour recueillir les données issues des réunions en comité de pilotage.

Nous n'avons pas enregistré la première réunion qui a eu lieu au démarrage de l'action et qui est celle qui nous a incitées à « outiller » cet espace afin qu'il devienne un lieu d'apprentissage à la discussion pour les acteurs de l'organisation (direction, représentants du personnel, professionnels de la santé, encadrement, représentants des métiers de l'EHPAD). Quatre réunions ont été enregistrées. Nous avons découpé par séquences l'ensemble de ces comptes rendus. Ces données ont permis d'analyser les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Nous ne les avons pas utilisées pour analyser les représentations sociales des équipes, des encadrants et des directions.

- Un **journal de bord** a recueilli les différents échanges que nous avons eus lors de réunions avec la direction de manière informelle, les rencontres entre chercheurs acteurs pour préparer les interventions (précisions et partages sur les objectifs, choix des techniques d'animation et retour d'expériences après l'animation des groupes de discussion). Ce document nous a permis de retracer les cycles d'activité, mais nous

n'avons pas exploité ces documents pour rendre compte des représentations sociales des acteurs de l'EHPAD.

L'analyse de nos données recueillies lors des espaces de discussion collectifs sur le travail nous a permis de recueillir les représentations sociales du personnel de l'EHPAD (personnel soignant, encadrement, direction) sur trois thèmes majeurs de notre recherche :

- Les espaces de discussion
- L'action de l'encadrement auprès des équipes
- Les ressources psychosociales du métier

3.3.3.2. Les représentations sociales sur les espaces de discussion

L'analyse des représentations concernant les espaces de discussion fait l'objet d'une sous catégorisation. C'est ainsi que les équipes, les encadrants et leur direction ont abordé « l'outillage » des espaces de discussion. Les représentations des professionnels de terrain précisent l'outillage de la discussion en termes de participants, de lieu géographique et de temporalité.

D'après ces acteurs, les participants aux espaces de discussion peuvent varier : « Dans notre service, la cadre réunit les agents métier par métier pour réajuster. Aujourd'hui, c'est les infirmières **qui ont gagné,** mais demain elle voit les aides-soignantes. » (une aide-soignante lors d'un atelier ressources par métier). Les espaces de discussion sont perçus comme un « cadeau » qui est « gagné ». Aussi, nous pouvons en déduire que la cadre, si elle décide d'organiser des réunions par métier, doit le proposer à l'ensemble des métiers par souci d'équité. Toutefois, lorsque les professionnels abordent la question des participants, ils sont particulièrement attentifs à ce que l'ensemble des métiers d'une équipe puisse participer à la discussion. Ces temps d'échange en commun signent la coopération entre les membres de l'équipe. Lors de la restructuration, certaines collègues ont changé de métier en intégrant le service de bio-nettoyage. Aucune réunion en commun n'avait été prévue. Les agents ont manifesté la perte de coopération : « *Il y a des tensions entre les agents de bio-nettoyage et les autres des équipes soignantes. On ne les voit plus. On se croise. Même leur pause, elles la font dans leur local et lorsqu'on leur propose de prendre un café avec nous, elles nous disent non*

car elles ont du travail. Ça fait comme une entreprise extérieure avec l'impression que ce ne sont pas nos collègues. L'idée ce serait peut-être qu'elles viennent régulièrement dans les mêmes services. ». Ainsi, les temps d'échange (et les temps de convivialité en font partie) participent à la coopération dans les équipes.

La segmentation des métiers peut être considérée comme une manifestation de tension. Le contexte de ce verbatim est une situation de tension entre l'équipe et son cadre : « *Chez nous, on a une réunion par métier. On ne se mélange pas.* » (le non verbal indique la désapprobation).

La temporalité des espaces de discussion sur le travail a été abordée et avec elle des distinctions sur les différents espaces de réunions. Ainsi, les agents n'ont pas remis en question des réunions « institutionnelles » comme les relèves à la différence des encadrants qui ont estimé à avoir beaucoup trop. Par contre, il semble que les espaces de débat sur les questions soulevées par le travail ont permis de distinguer des réunions régulières de ces « réunions » qui permettent de mettre en débat la conflictualité du travail. Á notre question, lors de l'animation d'un atelier réunissant l'équipe « Faut-il souvent des espaces de discussion ? », la réponse d'une infirmière a été négative : « *Non, parce qu'après ça peut vite ne plus avoir d'intérêt. Il les faudrait en fonction de la demande des agents. On peut passer des périodes où ça roule et puis d'autres… Il ne faut pas que ce soit fixe mais à la demande. Il ne faut pas dire trois fois par an.* ». Pourtant, cette même infirmière a évoqué le risque que les agents ne demandent pas ces réunions : « *Est-ce que les agents demanderaient une réunion si on a des difficultés ? Je ne suis pas sûre que les agents disent : tiens on en a besoin. Mais ça n'empêche pas de lancer l'idée dans le collectif. On pourrait allier les deux : on en met des fixes. Je ne sais pas, 3 ou 4 par an de fixe. Et après, en fonction de la demande. Il faut faire germer l'idée et dire : vous savez on peut en parler plutôt que chacun rumine dans son coin.*». Cette infirmière fait partie d'une équipe où les tensions avec le cadre ont « empêché » une authenticité dans la relation. Aussi, la spontanéité d'une demande qui serait faite au cadre n'est pas évoquée. Il est même étrangement absent du dialogue sur la temporalité. Au contraire, dans un autre service, l'activité dialogique sur le travail était institutionnalisée par le cadre. « *La cadre de notre service fait régler les problèmes dans l'équipe. Et si ce n'est pas possible on peut la solliciter. S'il y a un souci elle dit : trouvez la solution entre vous et c'est s'il y a encore le problème que vous venez me trouver*. »

Le lieu des rencontres avec la cadre est précisé par les agents. En effet, il semble que le territoire et sa symbolique ont un rôle. « *Ce qu'on apprécie chez notre cadre c'est qu'elle demande ce*

qui va et ce qui ne va pas, qu'elle soit présente, qu'elle nous demande, qu'elle vienne au contact et que ce soit pas nous dans son bureau et ça c'est la complicité parce que le bureau du cadre c'est pas un endroit où on aime aller. Et lorsque c'est elle qui vient dans le service, on est valorisé. » Ce verbatim d'une aide-soignante nous semble particulièrement riche. Tout d'abord en ce qui concerne la symbolique du lieu. La discussion sur ce thème a été partagée entre collègues d'une même équipe et la cadre supérieure de santé avec qui nous animions un atelier sur le thème de l'intégration d'un nouveau cadre dans l'équipe. *« Je n'aurai pas la même discussion avec elle si c'est dans le couloir ou dans la salle de soin. Elle vient dans notre monde. Et dans son bureau… Ce n'est pas bien bon quand on est convoqué dans le bureau. (*Et s'adressant à la cadre supérieure*) D'ailleurs, on a de l'appréhension quand vous nous dites de venir dans votre bureau. D'ailleurs, vous rajoutez toujours : ce n'est pas grave.* ».

Ainsi, la symbolique du lieu a son importance : où se tiennent les espaces de discussion ? D'après les équipes, que l'encadrant se déplace sur le territoire des équipes est perçu comme la volonté du cadre à comprendre le travail des équipes. La proximité du cadre avec ses équipes se traduit donc aussi par son déplacement géographique. Ce n'est pas seulement, comment nous l'entendons parfois, un « management avec la porte du bureau ouverte ». Les professionnels ont précisé que le bureau du cadre était un lieu perçu pour le « recadrage ». Il est le « territoire » du cadre. Ainsi, « prendre soin du travail » des équipes et de leur métier c'est aller « *au contact* ».

Les cadres précisent également le « management de proximité » : « *Il nous faudrait de la disponibilité pour accompagner les équipes : être sur le terrain avec les équipes et les résidents* » ; c'est également « *rester proche du terrain, avoir la connaissance du métier de ses agents, avoir plus d'espaces d'échange* ». Notre recherche confirme les résultats de l'enquête menée par Detchessahar (2011) lorsqu'il fait état d'un « management empêché » en signifiant que « le management déserte la scène du travail » (Detchessar, 2011, p. 98). Les cadres impliqués dans la recherche-action ont regretté le grand nombre de réunions qui les éloigne des équipes : « *Il y a trop de réunionites* », « *Il faudrait ne pas être parasité par des réunions stériles* » ainsi que la « gestionnite » (Detchessar & Grevin, 2009) : « *Avoir moins de travail administratif* ». Est-ce la raison pour laquelle les cadres organisent assez peu de réunions avec leurs équipes ? Celles-ci ont des relèves en milieu de journée, sur 20 minutes environ, elles réunissent les professionnels de santé avec pour objectifs d'évaluer la santé des résidents. La cadre de santé n'est pas toujours présente. Certaines d'entre elles nous ont fait part de leur volonté de participer à ces relèves mais la direction le considérerait, selon leurs dires, comme

inutiles. C'est donc sans en faire état, dans l'invisibilité de leur travail de cadre, qu'elles participent parfois à des relèves. Ensuite, de nombreux projets sont prévus par la direction. Elles organisent alors des groupes de travail pour répondre à ces commandes institutionnelles. « *Il faudrait qu'il y ait moins de projets ou alors pas tous les projets en même temps.* ». Les cadres parlent des groupes de travail avec leurs équipes, mais également des réunions sur des projets où elles sont sollicitées. Les réunions de service sont rares et l'écart entre ce qu'elles voudraient faire et ce qu'elles font est grand lorsque nous les écoutons. Dans l'idéal, elles estiment que 3 réunions par an seraient nécessaires (qui est le chiffre donné par les équipes). Dans la réalité, elles ont des difficultés à en organiser une par an. Les cadres ont mis en discussion leurs propres réunions institutionnelles lors des ateliers ressources métier. Tous les mois, une réunion regroupe l'ensemble des cadres du centre hospitalier et leur direction, « *le plus souvent de l'information où on ne sollicite pas notre avis* ». Elles considèrent collectivement que ces réunions sont des pertes de temps voire même qu'elles les « empêchent » de réaliser leurs activités managériales : « *Les réunions, on y va mais on regarde notre portable. Parfois je vais aux toilettes pour gérer des absences. Qu'on soit là ou pas là ça ne change pas : ils (les membres de la direction) ne nous regardent pas* ». Lors de nos échanges, une cadre a proposé que ces réunions soient animées autrement. Une proposition a émané du groupe : à tour de rôle un ou deux cadres animent ces réunions. Car elles en pressentent l'utilité : « *Il est important d'avoir un espace de discussion avec la direction parce que le « non » collectif ce n'est pas le « non » individuel* » ; elles n'ont pas remis en cause (sur ces réunions institutionnelles) de ne pas être présentes même si elles voulaient la marge de manœuvre de décider, à certains moments, d'y aller ou pas : « *Attention à ne pas casser le lien entre les cadres EHPAD et l'institution en supprimant des réunions* ». Mais nous constatons que la présence des encadrants aux réunions institutionnelles est rassurante pour la direction : « *Ce qui est visible pour les direction est « ok ». On participe aux réunions de projets et institutionnelles. Et si ça se voit qu'il y a un problème, on nous dit : vous êtes mal organisée*. »

Une seule cadre organise des réunions de régulation sur le travail à la demande des équipes et lorsqu'elle pressent une tension. Cette cadre se « justifie » (et le terme est adapté à sa situation) par le fait que « *Je n'aime pas les conflits alors je les anticipe. Je mets les choses à plat tout de suite* ». Cette cadre ne se trouve pas sur le même lieu géographique que ses collègues cadres. Elle estime que le lien avec ses collègues se créé depuis 3 ou 4 ans seulement, depuis le changement de la cadre supérieure. Son indépendance géographique mais aussi dans

l'organisation de ses services n'a pas toujours été appréciée par sa direction. Depuis 31 ans elle assure la fonction de « faisant fonction » de cadre de santé sans avoir été orientée vers l'école des cadres. L'analyse de sa situation nous a fait comprendre que le management par la discussion du travail est un changement culturel dans les entreprises.

3.3.3.3. Les représentations sociales sur un management par la discussion du travail

Lors d'une réunion par métier, nous avons assisté à un échange entre des aides-soignantes issues d'équipes différentes. Deux d'entre elles regrettaient le manque d'échange avec leur cadre. « *Dans notre service, nous n'avons pas le droit de dire à la cadre qu'on n'y arrive pas* ». En face, les autres écoutent et répondent patiemment : « *Mais ce n'est pas possible que votre cadre n'entende pas si il y a un problème. Il faut lui expliquer* ». En face, l'autre équipe répond : « *Nous demandons des améliorations, mais elle n'écoute pas*. ». Alors, les collègues prennent un ton pédagogique pour expliquer comment « manager leur cadre » : « *Écoutez, nous on essaie de faire plier la cadre. On argumente, on explique et après, dans le service, nous faisons des essais. Alors on lui dit : on essaie* ». Dans cet échange, nous comprenons comment le cadre doit « manager la discussion » et, il semble que ce soit dans la « résistance » à une sorte de facilité qui consisterait à ne pas débattre (accepter ou refuser). Le débat est demandé implicitement et il engage le cadre à poser des questions sur le travail : « Pourquoi vous dites cela ? C'est quoi vraiment le problème ? Qu'est-ce que ça vous pose comme question ? Comment envisagez-vous les choses ? Pourquoi ? Comment ?. La difficulté du cadre est double : il doit d'une part entrer dans l'énigme du travail de l'autre alors qu'il peut penser le connaître. Et d'autre part, ce questionnement renverse sa posture de « sachant » qui se doit de trouver une solution de régulation. Il met en risque sa posture et par là, même, dans un management par la discussion, il gagne non seulement sa légitimité, mais également l'autonomie de ses équipes. Toutefois, de notre point de vue, deux conditions sont nécessaires : plus il connaîtra le travail de ses équipes et plus ses questions seront pertinentes. De plus, la discussion doit aboutir à une prise de décision. Lors de la table de ronde du colloque « Management et bien-être au travail », en octobre 2014, Clot et Detchessahar ont insisté sur cette nécessité : « Juste un mot pour dire que là, je crois que l'on est au cœur du cœur parce que Yves Clot a souligné quelque chose que pour

moi j'ai toujours à cœur de souligner et que je n'avais pas souligné cette fois-ci, c'est qu'attention ce terme « d'espaces de discussion » est un terme compliqué d'abord parce qu'il paraît sympathique alors que c'est très difficile à mettre en place et c'est un mot compliqué parce que c'est un faux ami aussi. Yves, tu l'as très bien dit, et je voudrai insister là-dessus, « espace de discussion », c'est très trompeur parce que quand on dit « espace de discussion » ou « management par la discusssion » on a l'impression que la finalité c'est la discussion. Or, il faut bien comprendre que non. La discussion, c'est bien le moteur, c'est l'efficience si vous voulez voir léger. Mais la finalité c'est bien la décision, fut-elle les micro décisions, cambouitiques qui donnent une direction au travail. Mais la discussion c'est le moteur de quelque chose qui doit nous réunir et qui est produire des chemins praticables et donc de la micro organisation. C'est pour ça que je préfère cent fois « régulation » à « traduction ». Au terme d'un processus de régulation, j'ai des règles donc possiblement nouvelles. Aux termes d'un processus de traduction, j'ai quelque chose qui était dans un langage incompréhensible mis dans un autre, mais j'ai un peu la même chose ditE autrement. La finalité de la discussion c'est la décision et la production d'organisation, fÜt-elle locale. Ce qui, évidemment nous oblige à ne pas nous cacher derrière notre doigt et à dire immédiatement qu'une des choses que l'on va affronter dans l'organisation c'est la question de « qui a légitimement le droit ou le pouvoir de prendre des décisions d'organisation ? » (Detchessahar, 2014).

Comment prendre « légitimement des décisions » ? Les acteurs de terrain ont quelques idées sur cette question : « *Le cadre, il consulte avant de prendre des décisions, mais on sait qu'il y a des décisions qui ne sont pas discutables* » nous dit une infirmière. « Tout ne se discute pas », l'infirmière fait référence à la politique de l'entreprise, aux règles négociées et fixées souvent dans des espaces de négociations locales à un niveau «global » selon les termes de Detchessahar. Mais au-delà de la « manière de discuter », les équipes ont fait références à la « manière de prendre des décisions ». Les équipes ont fait référence à l'objectif commun qui réunit l'ensemble des métiers : le bien-être des résidents. Un groupe d'agents hôteliers nous a expliqué que la cadre doit faire discuter mais ensuite sa décision s'appuie sur cet objectif commun ce qui légitime la prise de décision auprès de l'équipe. « Il faut contourner les obstacles et ce n'est pas les fuir. On ne fuit pas les obstacles. Ce n'est pas se rétracter, c'est trouver des solutions et avoir la liberté d'en trouver. »

Le management par la discussion régule l'activité mais par là même, il régule les tensions relationnelles : « *Si le collègue n'aide pas il vaut mieux que ce soit la cadre qui le dise, parce*

que pour certains ça peut être mal pris. ». Ainsi, le cadre va être attentif à la communication : il peut ainsi avoir une fonction de « traducteur « (Desmarais & Chatillon, 2010) entre les membres de son équipes. Nous pouvons faire l'hypothèse que les équipes seront plus facilement dans l'entraide, sans sa présence : « *La vieille école ça a du bon : on nous faisait pas de cadeaux. Tu sentais que l'équipe était mûre. Tu le voyais pas exemple… pour mon premier décès, l'équipe m'avait expliquée : ce n'est pas son dernier souffle, tu peux encore lui parler. On m'avait expliquée aussi pour laver la personne à son décès.* » (une agent prestation hôtelière).

Le management par la discussion ne vient pas à la place des autres fonctions de l'encadrant que nous avons décrits dans l'exposé de la littérature sur le sujet, il vient en complément. Ainsi, d'autres fonctions de l'encadrement ont été évoquées. « *C'est coordonner, mettre en relation le travail des uns avec celui des autres. Par exemple, lorsque quelque chose dysfonctionne, le rappeler lors des relèves ou suivre le travail d'une équipe étape par étape puis étudier plusieurs pistes pour voir si ça ne marche et ce qui marche pas*. ». Outre la planification du travail, il contrôle : « Il contrôle de temps en temps, ok. Mais surtout il demande comment ça se passe. Il y a la façon de dire et de prendre en considération les avis des équipes. » . Ainsi, le management par la discussion n'exclut pas ses fonctions d'organisation et de contrôle mais il les remplit autrement, dans un échange que nous qualifierons en référence à Mauss et Alter : de don et contre don.

Le verbatim suivant d'une aide-soignante résume de notre point de vue la fonction d'un encadrant, acteur de la santé de ses équipes et qui utilise la discussion du travail pour viser la santé de ses équipes : « *La cadre, elle prend le temps de s'asseoir avec nous. Elle ne pose pas le planning et elle part. Elle est à l'écoute. Dès qu'on a un problème, elle cherche à nous arranger. Lorsqu'il y a un problème, elle fait une réunion et elle demande l'avis de tous. Après, elle décide et c'est en fonction du confort du résident*. »

3.3.4. Évaluation du développement de la santé des équipes

Après avoir analysé les processus d'apprentissage à la discussion, nous analysons ce qu'ils ont produit en termes de santé. Nous rappelons que nous recherchons ce que nous avons nommé la « santé vivante », toujours en construction, jamais acquise et qui se manifeste par la capacité des individus et des collectifs de travail à être acteurs dans leur environnement et plus particulièrement, dans le cadre de cette étude, de leur environnement professionnel. Il s'agit alors non seulement de conserver ou de préserver la santé en tant qu'absence de maladie, mais de développer leur pouvoir d'agir. Aussi, nous n'allons pas analyser des indicateurs d'absentéisme pour évaluer ce que la recherche-action a produit auprès des équipes en termes de santé. Ces indicateurs se révèlent peu fiables car ils peuvent être affectés par des éléments environnementaux difficiles à contrôler (Nielsen et Randall, 2012 ; Biron, Gastrell et Cooper, 2010). Nous allons interroger le développement de leur capacité à être acteur : marge de manœuvre, capacité à agir et pouvoir d'agir seront abordés.

3.3.4.1. Recueil de données

Pour évaluer les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail sur le développement de la santé des équipes, nous avons utilisé un questionnaire. Nous n'avons pas eu le choix de l'outil et de la méthode quantitative qui nous ont été imposés par un groupe de travail réunissant 4 centres hospitaliers engagés dans une démarche commune de prévention des risques psychosociaux. Le questionnaire est issu d'un groupe de travail mandaté par le Ministère de la Santé et chargé d'élaborer un questionnaire dit « de satisfaction » à destination des personnels hospitaliers (des secteurs privés et publics). Ce questionnaire est présenté en annexe 5.

Le questionnaire a été proposé aux équipes au démarrage de la recherche action, en février 2013 ainsi qu'à l'ensemble du personnel du centre hospitalier. En juillet 2014, à la fin de l'action auprès des équipes, le même questionnaire a été présenté au personnel de l'EHPAD. Nous ne

l'avons pas proposé à l'ensemble du personnel. Nous ne doutons pas de la richesse des informations recueillies mais, sur le plan déontologique, nous ne pouvions pas proposer une activité à des personnels pour qui il n'y aurait pas eu de sens de répondre à ce même questionnaire.

33 % du personnel de l'EHPAD a répondu au questionnaire en 2013 ; 28.5 % en 2014. L'échantillon ayant répondu au questionnaire en 2103 se compose comme suit :

Niveau de responsabilité	Nombre	Pourcentage
Direction et encadrement hors médecins	3	4.92 %
Médecins	2	3.28 %
Professionnels soignants	36	59.02 %
Employés	18	29.51 %
Pas de réponse	2	3.28 %
Total	**61**	**100 %**

Les répondants au questionnaire en 2014 représentent les professionnels suivants :

Niveau de responsabilité	Nombre	Pourcentage
Direction et encadrement hors médecins	0	0
Médecins	1	1.8 %
Professionnels soignants	43	75.4 %
Employés	4	7 %
Pas de réponse	9	15.8 %
Total	**57**	**100 %**

Parmi les répondants au questionnaire de 2014, 52.6 % ont participé aux espaces de discussion sur les métiers (premier cycle des espaces de discussion (45.6 % n'ont pas participé) ; 57.9 % ont participé aux réunions de choix de situations de tensions lorsque nous avons réuni les équipes avec les encadrants (38.6 % des répondants n'ont pas assisté à ces espaces de discussion) ; 54.4 % ont participé aux espaces de discussion portant sur une situation de tension dans l'équipe. Ainsi, la majorité des répondants ont participé aux différents espaces de discussion mis en place dans la recherche-action. Nous constatons également que les professionnels soignants ont été plus nombreux à répondre en 2014 par rapport au questionnaire présenté en 2013. Le nombre élevé de participants qui n'ont pas noté leur filière professionnelle peut s'expliquer par un souci d'anonymat en 2014, le questionnaire étant uniquement à destination du personnel de l'EHPAD. Les encadrants nous ont dit, après coup, s'être

volontairement abstenus de répondre afin de laisser aux équipes la possibilité de s'exprimer. Enfin, parmi les répondants au questionnaire de 2014, 54.4 % ont déclaré avoir répondu au questionnaire en 2013, 33.3 % n'avaient pas répondu (12.3 % n'ont pas répondu à cette question). Aussi, nous devons tenir compte, dans l'analyse des résultats de cette différence d'échantillonnage.

Nous avons choisi trois types d'indicateurs nous permettant d'évaluer une « santé vivante » :

- Les ressources psychosociales du métier
- La vitalité des collectifs de travail
- L'action des encadrants soutenant le pouvoir d'agir des équipes

Aussi, pour traiter nos données, nous avons décomposé le questionnaire et reclassé les questions pour évaluer :

- Le développement des ressources psychosociales du métier
- Le développement du pouvoir d'agir des équipes
- Le développement de la vitalité des collectifs de travail

D'autres questions nous ont semblé pertinentes à évaluer : celles qui concernent les ressources énergétiques.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous le classement que nous avons effectué.

Indicateurs	**Sous catégories**	**Questions**
Ressources psychosociales	Impersonnelles	La manière dont le travail est organisé dans mon service
		L'applicabilité des procédures de travail dans mon service
		La façon dont le temps de travail est organisé dans le service
		Le matériel mis à ma disposition pour mener à bien mon travail
		Les tâches effectuées relèvent de ma fonction
		La charge de travail me permet de bien faire mon travail
	Interpersonnelles	La possibilité de prendre des décisions de ma propre initiative dans le cadre de mes fonctions
		La créativité dans la réalisation de mon travail
		La manière dont mon travail est apprécié et reconnu
		La façon dont mon travail est respecté
	Personnelles	Mes possibilités de concilier vie professionnelle et vie personnelle
		La possibilité de réaliser un travail varié
		La possibilité d'utiliser mes compétences et aptitudes professionnelles
	Transpersonnelles	Les valeurs portées par mon établissement
		L'ambiance de travail dans mon service
Vitalité du collectif de travail		Mes relations avec les personnes avec qui je travaille
		La possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail en équipe
		En cas de difficulté, le soutien apporté par mes collègues
Les espaces de discussion		Les temps d'échange sur le travail avec mes collègues
Actions des encadrants soutenant le pouvoir d'agir		La manière dont mon hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipes
		La manière dont mon hiérarchique facilite les collaborations entre les professionnels
		Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté
		Mon supérieur prend en compte mon opinion
Ressources énergétiques		Mes perspectives de carrière dans mon établissement
		La manière dont mon travail est évaluée
		L'information qui m'est donné sur les formations professionnelles susceptibles de me concerner
		Ma possibilité de bénéficier de formations professionnelles
		La cohérence des formations proposées ou suivies avec les besoins actuels de mon activité professionnelle
		La circulation de l'information dans mon établissement
		Les possibilités de modifier mon planning en cas de nécessité personnelle
		La façon dont sont gérés les congés et les repos (choix et respect des dates)
		La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT…)

Tableau 75 : Questions retenues pour l'évaluation du développement de la santé des équipes

L'inégalité des indicateurs représentés apparaît lors de ce classement. La dimension Personnelle est sur représentée et les items concernent particulièrement la conciliation vie privée/vie professionnelle. Nous avons d'ailleurs hésité à les classer dans la catégorie des « ressources énergétiques ». Mais nous considérons que ces ressources peuvent faire l'objet d'une discussion avec l'encadrant ou avec l'équipe. Elle fait partie d'un pouvoir d'agir (ou pas du métier). La dimension Transpersonnelle est représentée sur deux registres : les valeurs et l'ambiance dans le service. Au regard de nos précédents résultats traitant de la dimension Transpersonnelle sur le volet du « vivre ensemble », nous avons inclus cette valeur dans cette dimension. Nous avons seulement une question nous permettant d'évaluer les espaces de discussion du travail. Les ressources de la vitalité des collectifs de travail mériteraient aussi d'être renforcées ; nous rappelons que Caroly (2010) propose 13 indicateurs. Une question nous a posé question : l'évaluation de « la manière dont mon travail est évaluée ». Nous ne savons pas comment interpréter cette question : désigne-t-elle les procédures d'évaluation (support et processus) ? Ou la qualité des échanges avec l'encadrant lors de l'évaluation ? Nous pouvons imaginer que les répondants au questionnaire se sont posés la même question. Aussi, nous reconnaissons que c'est de façon arbitraire que nous la classons dans les ressources énergétiques (support et processus relevant d'une politique d'établissement).

3.3.4.2. Les résultats

Pour analyser les résultats, nous avons additionné les résultats sur les deux items « satisfait/tout à fait satisfait » pour les questionnaires des deux années (2013/2014). Le tableau synthétisant les réponses est présenté ci-dessous.

Indicateurs	Questions	Résultats 2013	Résultats 2014
Ressources Impersonnelles	La manière dont le travail est organisé dans mon service	28 %	39 %
	L'applicabilité des procédures de travail dans mon service	20 %	35 %
	La façon dont le temps de travail est organisé dans le service	23 %	32 %
	Le matériel mis à ma disposition pour mener à bien mon travail	29 %	26 %
	Les tâches effectuées relèvent de ma fonction	23 %	33 %
	La charge de travail me permet de bien faire mon travail	11 %	14 %
Ressources Interpersonnelles	La possibilité de prendre des décisions de ma propre initiative dans le cadre de mes fonctions	36 %	47 %
	La créativité dans la réalisation de mon travail	16 %	37 %
	La manière dont mon travail est apprécié et reconnu	18 %	33 %
	La façon dont mon travail est respecté	16 %	32 %
Ressources Personnelles	Mes possibilités de concilier vie professionnelle et vie personnelle	36 %	33 %
	La possibilité de réaliser un travail varié	25 %	26 %
	La possibilité d'utiliser mes compétences et aptitudes professionnelles	36 %	44 %
Ressources Transpersonnelles	Les valeurs portées par mon établissement	13 %	14 %
	L'ambiance de travail dans mon service	47 %	67 %
Vitalité du collectif de travail	Mes relations avec les personnes avec qui je travaille	56 %	70 %
	La possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail en équipe	51 %	68 %
	En cas de difficulté, le soutien apporté par mes collègues	46 %	51 %
Les échanges	Les temps d'échange sur le travail avec mes collègues	29 %	40 %
Actions des encadrants soutenant le pouvoir d'agir des équipes	La manière dont mon hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipes	21 %	44 %
	La manière dont mon hiérarchique facilite les collaborations entre les professionnels	23 %	37 %
	La manière dont mon hiérarchique anime et motive son équipe	18 %	40 %
	Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté	21 %	40 %
	Mon supérieur prend en compte mon opinion	11 %	30 %
Ressources énergétiques	Mes perspectives de carrière dans mon établissement	21 %	18 %
	La manière dont mon travail est évalué	18 %	39 %
	L'information qui m'est donné sur les formations professionnelles susceptibles de me concerner	20 %	30 %
	Ma possibilité de bénéficier de formations professionnelles	21 %	30 %
	La cohérence des formations proposées ou suivies avec les besoins actuels de mon activité professionnelle	18 %	25 %
	La circulation de l'information dans mon établissement	11 %	9 %
	Les possibilités de modifier mon planning en cas de nécessité personnelle	26 %	49 %
	La façon dont sont gérés les congés et les repos (choix et respect des dates)	25 %	49 %
	La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT…)	11 %	5 %

Tableau 76 : Résultats des questionnaires

Bien que nous émettions des réserves sur ces différences de chiffres dues à un échantillon de répondants différents en 2013 et 2014, nous pouvons constater des écarts significatifs entre le début de l'intervention et sa fin. Nous avions pour objectifs de soutenir **l'action des encadrants en santé au travail en utilisant l'instrument de la discussion sur le travail**. Le concept psychologique du métier nous a donné une trame pour interroger le travail et, par conséquent, nous espérions le développement des ressources psychosociales du métier, facteurs de santé. La vitalité des collectifs au travail, dans lequel se développe le métier, était également visée.

Lorsque nous regardons les questions se référant à l'action soutenant le pouvoir d'agir des équipes, nous constatons des écarts positifs de pratiquement 20 % sur les 5 questions nous permettant de l'évaluer :

- « **La manière dont mon hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipe** » : en 2013, 21 % des salariés se déclaraient « satisfaits à très satisfaits » alors qu'ils sont 44 % en 2014 ; soit 23 % d'écart positif. Cette valeur est à mettre en lien sur les actions des encadrants à « écouter » les salariés. Nous rappelons que cette « aptitude » a été largement citée dans l'étude 2 sur les représentations sur les liens santé et travail par les encadrants. La question « **Mon supérieur prend en compte mon opinion** » montre une différence positive de 19 %.
- « **La manière dont mon hiérarchique anime et motive son équipe** » : l'écart positif est de 22 %. Cette question peut évaluer une évolution de la posture des encadrants les conduisant à être plus « en proximité » que les encadrants et leur direction ont traduits par « plus de présence auprès des équipes ». Celle-ci se traduit également par le soutien apporté aux équipes, la posture de l'encadrant devenant une ressource. Á la question « **Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté** » nous constatons un écart positif de 19 %.
- Enfin, nous avons vu que l'attention portée à la qualité du « vivre ensemble au travail » des équipes par les encadrants est également facteur du développement de la santé des équipes. Á la question « **La manière dont mon hiérarchique facilite les collaborations entre les professionnels** », nous notons un écart positif de 14 %.

Toute l'intervention en recherche-action a consisté à élaborer divers **espaces de discussion sur le travail**. Nous devions avoir un écart à la question « **Les temps d'échange sur le travail avec mes collègues** » ; l'écart est positif puisque entre 2013 et 2014, 11 % de salariés supplémentaires se déclarent satisfaits à très satisfaits. Par contre, nous n'avons pas de questions

sur les espaces de discussion animés par les encadrants (techniques d'animation utilisées, thèmes abordés, périodicité).

L'analyse des résultats de ces questionnaires laisse apparaître une évolution de **la vitalité des collectifs de travail**. Nous avions classé trois questions nous permettant d'évaluer le développement des collectifs : « **Mes relations avec les personnes avec qui je travaille** », pour cette question 14 % des salariés se déclarent plus satisfaits à très satisfaits entre les deux passations. Et « la possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail en équipe » montre un écart positif de 17 %. « **En cas de difficulté, le soutien apporté par mes collègues** » progresse de 5 % sachant que le pourcentage de salariés reconnaissant ce soutien des collègues était déjà élevé en 2013 (46 %).

Nous espérions un impact positif de l'intervention sur le développement des ressources. Toutes les valeurs sélectionnées pour l'évaluer ont progressé sauf pour un item des ressources Impersonnelles « **le matériel mis à ma disposition pour mener à bien mon travail** » qui a diminué de 3 %. Il reflète très certainement la baisse des budgets alloués à l'EHPAD qui n'a pas seulement affecté les effectifs mais également le remplacement ou l'achat de matériel pour réaliser le travail. « **Les valeurs portées par mon établissement** » permettant d'évaluer les ressources Transpersonnelles ont très peu progressé (1 %) ; nous pouvons supposer que la baisse de moyens a aussi impacté cette ressource. Les équipes nous ont fait part de leur tristesse lorsque la direction a demandé une vigilance sur les parts de nourriture données aux résidents.

Les **ressources Impersonnelles** sont les ressources qui ont été les plus développées par la hiérarchie pour restructurer les organisations avant notre intervention. Les résultats montrent une évolution positive de ces ressources : « **La manière dont le travail est organisé dans mon service »** (plus 11 %), **« l'applicabilité des procédures de travail dans mon service** » (plus 15 %), « **la façon dont le temps de travail est organisé dans le service** » (plus 9 %) et « **les tâches effectuées relèvent de ma fonction** » qui était un des objectifs prioritaires de la direction : plus 10 %. Par contre, la charge de travail reste un point de difficulté ; la réorganisation n'a pas permis de compenser la baisse des effectifs puisque la question « **la charge de travail me permet de bien faire mon travail** » a une progression très faible de 3 %. Il semble également que l'action menée ait permis de concilier un paradoxe mis en évidence dès les premiers espaces de discussion sur les métiers (et tous les métiers) : conserver la coopération entre les professionnels alors que la réorganisation demandait une sectorisation de l'activité par métier : « la possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail en équipe »

a progressé de 17 % et les résultats à la question « les tâches effectuées relèvent de ma fonction » ont également progressé de 10 %.

Les **ressources Interpersonnelles** regroupent les questions issues des modèles du stress au travail : la latitude décisionnelle et la reconnaissance. Nous avons choisi de classer les questions sur le soutien dans la vitalité des collectifs de travail et l'action des encadrants. En ce qui concerne la latitude décisionnelle, « la possibilité de prendre des décisions de ma propre initiative dans le cadre de mes fonctions » a progressé de 11 %. La reconnaissance du travail : « **la manière dont mon travail est apprécié et reconnu** » et « **la façon dont mon travail est respecté** » progressent respectivement de 15 % et 16 %. Ces résultats donnent des indications sur le « jugement » porté sur le travail bien que nous ne pouvions pas affiner l'analyse pour savoir si les équipes évoquent le jugement de beauté (par les pairs) ou d'utilité (par les hiérarchiques et les usagers) (Molinier, 2006a). Ils indiquent par contre que nous avons pris « soin du travail ». Si nous intégrons la question classée dans les ressources énergétiques « la manière dont mon travail est évalué », la progression est de 21 %.

Nous avons catalogué dans les ressources Interpersonnelles la question sur la créativité. Or, pour nous, cette question est centrale dans le développement de la dynamique du métier. La progression de la satisfaction du personnel sur la valeur « **la créativité dans la réalisation de mon travail** » est de 21 %, passant de 16 % à 37 % entre 2013 et 2014.

Les questions permettant d'évaluer le développement des **ressources Personnelles** sont peu nombreuses. Nous avons seulement une question sur l'utilisation des compétences : « **la possibilité d'utiliser mes compétences et aptitudes professionnelles** ». La progression est de 8 %. Nous avons classé dans cette dimension la question de la conciliation vie privée/vie professionnelle « **mes possibilités de concilier vie professionnelle et vie personnelle** », l'écart est négatif puisque 3 % de professionnels en moins estiment avoir cette possibilité entre 2013 et 2014. Nous aurions pu classer cette question dans les ressources énergétiques car la possibilité d'articulation est fortement liée aux règles fixées par la direction ; ainsi, pour maintenir une organisation efficiente au cours des vacances d'été, les professionnels ont de grandes difficultés à pouvoir bénéficier de trois semaines de repos consécutifs.

En ce qui concerne les questions portant sur l'évaluation des **ressources Transpersonnelles**, nous avons vu que les valeurs ont peu progressé. Par contre, la question permettant d'évaluer un mieux « vivre ensemble au travail » montre un écart important entre les deux évaluations : « **l'ambiance de travail dans mon service** » évolue positivement de 20 %.

L'analyse des ressources énergétiques nous permet plusieurs constats. Tout d'abord, nous revenons sur la validité des résultats de cette évaluation. Nous avons précisé que notre échantillon répondant aux deux questionnaires est différent. Or, nous avons deux questions qui évaluent les perspectives de carrière dans mon établissement et la circulation de l'information dans mon établissement. Celles-ci n'ont absolument pas évolué au cours de notre intervention et très peu varié dans les réponses au questionnaire à la différence des ressources formatives. En effet, les résultats concernant celles-ci ont affecté le directeur des ressources humaines qui s'est efforcé à plus de transparence dans l'attribution des formations (et nous pouvons constater une évolution positive sur les questions portant sur la formation). Malgré des réserves (taille et composition de l'échantillon notamment), ces résultats montent un développement de la santé des équipes.

Une question a retenu notre attention : « **La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT…)** ». Elle évalue la posture des instances représentatives du personnel. Nous constatons que l'évaluation de 2013 est sévère puisque seulement 11 % du personnel est satisfait ou très satisfait. Or, les résultats de 2014 ont baissé à 5 %. Avons-nous pris la place de ces instances ? Voire même, avons-nous empêché leur travail de régulation sociale au sein de l'établissement ? Deux organisations syndicales représentent les salariés de cet établissement de santé avec des attitudes très différentes. L'une d'entre elle a largement participé à la mise en œuvre de la recherche-action et nous avons présenté de nombreux verbatim au cours de notre étude. L'autre organisation syndicale, bien que présente aux comités de pilotage, n'a pas pris la parole. Par contre des tracts syndicaux, plus particulièrement au début de la réorganisation, ont mis en cause la réorganisation et plus particulièrement la baisse des effectifs avec la perte de qualité du travail. Ils ont alimenté des articles dans des journaux locaux. En milieu d'intervention, 6 mois après le début de la réorganisation, deux cadres ont été mises directement en cause (par tract et par demande de rencontre avec la direction) pour dénoncer l'attitude autoritaire des cadres dans la mise en place des nouvelles organisations. Les résultats de cette évaluation de notre recherche-action montrent que nous avons accompagné « en douceur » la réorganisation en recherchant (et en réussissant) non seulement à préserver la santé des équipes mais à développer les ressources psychosociales et les aptitudes des encadrants à mettre en discussion le travail. Mais avons-nous, aussi, contribué à couper un des liens de subsidiarité existant dans les entreprises entre les salariés et leurs directions et représenté par les instances représentatives du personnel ?

Synthèse de l'étude 3 : Les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail

Notre troisième étude vise à étudier les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Pour les élaborer, nous sommes partie de certains postulats fournis par la littérature scientifique ainsi que sur les résultats des deux études précédentes :

- Aborder l'action des encadrants en santé au travail par la notion de risques psychosociaux apparait comme peu opérationnel.

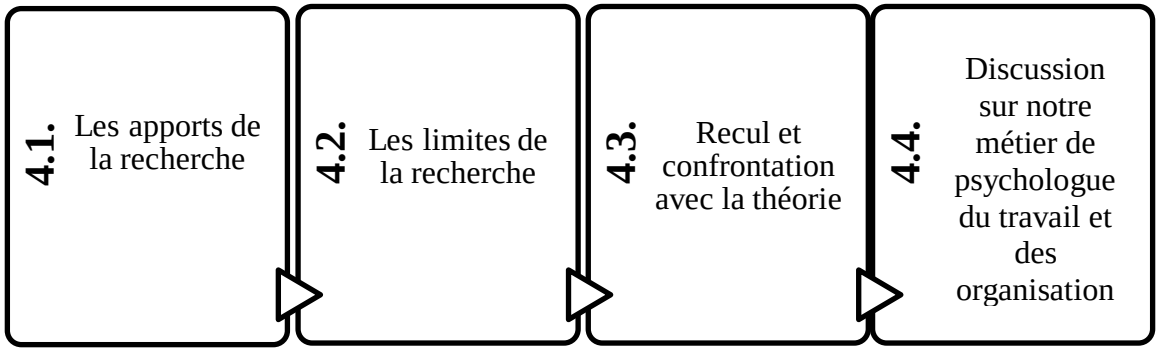
- Viser le développer des ressources psychosociales du métier (d'après le concept psychologique du métier de Clot, 2008) semble présenter un potentiel d'actions en santé individuelle et collective.

- Mettre en œuvre des espaces de discussion sur le travail participe à l'instauration d'un management par la discussion et donc à la prévention des risques psychosociaux et de la santé.

La recherche action est choisie pour tester des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail en utilisant la discussion sur le métier et le travail. Cette méthode répond aux critères de recherche en clinique de l'activité, cherchant à concilier connaissances et actions. Elle s'est déroulée dans un EHPAD en restructuration suite à des difficultés financières. Une réorganisation s'est traduite par une baisse des effectifs (10 %) et une modification de la prescription des métiers des soignants. 210 salariés et 10 encadrants ont participé directement à l'étude. L'organisation d'un « éco système favorable à la discussion » (Detchessahar, 2013) a retenu toute notre attention dans l'élaboration des processus d'intervention. Un comité de pilotage a été mis en place, composé de représentants de la direction, du CHSCT, des professionnels de santé, de l'encadrement et des portes paroles de chaque métier impliqué dans la recherche action.

Nous revenons sur ses apports dans la partie discussion qui suit.

4. PARTIE 4 : DISCUSSION



La vie est une chose à double sens : un donner et un recevoir constants.

Eileen Caddy

Cette dernière partie vise à revenir sur la problématique de départ de notre étude et ses hypothèses afin d'examiner les apports de la recherche ainsi que ses limites. Nous pourrons nous appuyer sur les résultats afin de discuter les concepts utilisés afin d'ouvrir sur de nouvelles recherches. Enfin, étudier le « métier » des autres nous a fait réfléchir sur notre propre métier, nous souhaitons terminer nos propos sur une réflexion sur notre métier de psychologue du travail et des organisations.

4.1. Les apports de la recherche

L'objet de notre étude porte sur les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail alors que les liens entre la santé et l'action des encadrants sont encore peu étudiés. Aussi, nos premières hypothèses ont interrogé la confrontation des encadrants à des « risques psychosociaux ». Ce terme est utilisé pour les engager dans l'action puisque, d'une part, il prévaut dans le langage scientifique et populaire pour désigner les problématiques de santé au travail et, d'autre part, sur la question de la santé au travail, la majorité des formations à destination des encadrants est intitulée « La prévention des risques psychosociaux » (Journoud & Pezé, 2012). Notre deuxième série d'hypothèses de recherche s'appuie sur deux postulats tirés de la littérature : les ressources psychosociales permettent d'envisager l'action des encadrants en santé au travail (à la différence des risques psychosociaux, hypothèse étudiée auparavant) et un management par la discussion soutient les liens entre la santé et l'action des encadrants. Cette série d'hypothèses a souhaité tester l'opérationnalité du concept de métier (Clot, 2008) comme système intégrateur des ressources psychosociales du métier. Nous avons fait l'hypothèse que le management par la discussion met en dynamique ce système. Cette dynamique soutient les liens entre la santé au travail et l'action de l'encadrement auprès des équipes. Nous proposons de revenir sur les apports de notre recherche lorsque nous avons étudié les différentes hypothèses.

4.1.1. Les encadrants face aux situations de risques psychosociaux

Nous avons fait l'hypothèse que la notion de risques psychosociaux est difficilement opérante pour les encadrants. Pour étudier les liens entre les risques psychosociaux et l'action des encadrants, nous avons pris comme points d'appui leurs représentations sur les situations qu'ils percevaient comme des risques psychosociaux afin de les interroger sur leur estimation de la fréquence d'exposition à ces situations. Pour évaluer leur action, nous avons seulement exploré les ressources formatives qui pouvaient les aider à prévenir ou gérer ces situations et les soutiens sociaux qu'ils pouvaient envisager de solliciter.

Les résultats montrent que les encadrants rencontrent des situations à caractère de risques psychosociaux qui peuvent être catégorisées par situations de stress et de violences au travail, dont le harcèlement. Toutefois, leurs représentations de ces situations sont essentiellement personnalisées et se focalisent sur un individu, très peu sur un collectif, sauf une situation où ils mettent en avant leurs propres difficultés à intégrer une équipe hostile lors de leur arrivée. Ainsi, sans nier leurs propres difficultés et atteintes sur leur santé, la notion de risques psychosociaux les conduit à des attitudes défensives et ils peuvent osciller entre la victimisation et la culpabilité, ce qui, dans les deux cas, les éloignent de l'action de prévention. De plus, notre première étude sur la prise en compte des risques psychosociaux montre que les encadrants n'ont pas de formations qui abordent directement les liens entre leurs actions et la santé de leurs équipes. Les soutiens qu'ils envisagent de solliciter ne représentent pas une grande variété de métiers et de compétences : nous avons vu que les hiérarchiques étaient le plus souvent sollicités ainsi que les collègues pour les cadres de santé. Certains encadrants ont fait part de leur solitude pour aborder ces problématiques rencontrées auprès des salariés de leurs équipes.

Or, nous avons démontré que lorsque nous changeons l'angle pour aborder la santé et que nous interrogeons l'action managériale sur le bien-être au travail, les représentations des encadrants montrent un potentiel d'actions managériales soutenant la santé des équipes. Nous avons utilisé le concept psychologique du métier pour classer les actions soutenant les ressources psychosociales sur les quatre registres :

- Impersonnel pour les ressources de l'organisation prescrite du travail (plus particulièrement la clarté de la tâche, des procédures et des objectifs attendus) ;

- Interpersonnel pour les ressources en termes de marge de manœuvre, soutiens sociaux, émotionnels et techniques, reconnaissance du travail ;
- Personnel pour les ressources liées à l'individu : compétences, modes de fonctionnement, expérience, valeurs ;
- Transpersonnel pour les valeurs collectivement partagées, les modalités du vivre ensemble du collectif de travail.

Parmi les représentations des encadrants, la discussion apparaît comme un levier d'action pour favoriser la dynamique du métier qui passe par une migration des ressources d'une instance à une autre. Toutefois, ces espaces de discussion sont essentiellement représentés comme des temps de réunion où l'information est transmise de façon descendante et l'encadrant se trouve dans une position de « traducteur » telle que décrite comme une des fonctions des encadrants par Desmarais et Chatillon (2010). Ou alors, ils sont des temps de convivialité que l'encadrant « permet » (café, anniversaire, sorties extérieures de l'équipe). Mettre en discussion le travail dans des espaces où l'objectif est de débattre de la conflictualité de l'activité n'est pas envisagé. Or, les études issues du courant de la psychologie du travail et de l'ergonomie démontrent depuis plusieurs années la « vertu dialogique » (Clot & Stimec, 2013) sur la santé. Plus récemment, les sciences de gestion, avec les travaux de Detchessahar (2013), s'intéressent à la discussion sur le travail comme une activité managériale permettant de prévenir les risques psychosociaux.

Ainsi, la « construction » de ces espaces de discussion devient un enjeu pour soutenir les liens entre la santé au travail et l'action des encadrants.

4.1.2. Les espaces de discussion : un enjeu pour soutenir la santé des équipes

Élaborer, tester des espaces de discussion sur le travail a été l'objet de notre troisième étude lors d'une recherche action auprès d'encadrants d'un service d'EHPAD. Par « discussion », nous entendons l'activité dialogique dont l'objet, dans notre étude, était le travail. Nous avons constaté que la discussion sur le travail demande un apprentissage à la fois individuel ? mais aussi collectif et au niveau de l'organisation. Notre recherche a cherché à intervenir sur ces trois niveaux. Pour cela, la mise en place d'un « éco système » favorable à la discussion (Detchessahar, 2013) a été utile : des espaces de discussion à un niveau local (par métier puis

au niveau des équipes), méso (avec les encadrants et leur hiérarchie) et global (comité de pilotage réunissant les acteurs impliqués dans la santé des salariés).

En mettant en place ces espaces de discussion, nous avions comme objectifs de trouver, collectivement, des solutions ou pistes d'actions pour détendre les tensions liées à l'activité des professionnels dans un contexte de restructuration où la prescription du travail avait changé. Aussi, nous étions en phase avec les préconisations de Detchessahar : « La discussion est donc une forme particulière de communication de type dialogique (ni monologue, ni lubrifiant, ni simple expression de la subjectivité), de nature inter subjective et à finalité politique (construction de compromis d'action et de règles locales). » (Detchessahar, 2013, p. 61).

Or, nous avons constaté que la discussion sur le travail demande un processus d'apprentissage qui, à la fois s'appuie sur la culture existante du milieu où nous intervenons, mais également produit un effet sur cette culture organisationnelle. En effet, malgré une attention particulière à « l'outillage » de la discussion, nous avons été confrontées, avec nos collègues intervenantes, à une difficulté « culturelle » à s'aventurer sur la discussion. Par exemple, et nous l'avons cité, des agents moins diplômés vont « s'empêcher » de parler s'imaginant que le collègue plus diplômé va lui rétorquer « Tu n'as qu'à passer le diplôme ». Nous avons tenu compte de cette difficulté pour mettre en place des méthodes pédagogiques expérientielles. Ainsi, nous n'avons pas adopté une posture de « sachant » pour transmettre des compétences en discussion du travail qui auraient demandé d'appliquer des méthodes pédagogiques inductives, bien que nous l'ayons testé auprès des encadrants. Cette formation avait pour objet la créativité des équipes et les techniques d'animation de réunions pour favoriser cette créativité. Lors de nos co animations avec les cadres, les techniques d'animation ont été soit revues car non intégrées lors de cette formation soit d'autres techniques ont été transmises, plus adaptées à l'objet travaillé. Le processus d'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) part de l'expérience et des acquis de la personne en formation. Dans ce processus, les connaissances nouvelles résultent de la saisie de l'expérience et de sa transformation pour, ensuite, être réinvesties dans l'intervention. Cette méthode a été utilisée dans deux types d'espaces de discussion : lors de l'animation, avec les cadres, d'espaces de discussion sur des objets de tensions du travail et concernant l'équipe ; lors des comités de pilotage où nous avons mis en discussion notre propre intervention. Cette méthode d'intervention pédagogique a permis un engagement des professionnels dans la discussion et elle s'est traduite par une évolution de la culture de la discussion. La directrice des soins a modifié ses réunions mensuelles avec les cadres : elle

propose aujourd'hui un temps « sans ordre du jour » où chacun met en discussion des difficultés, des tensions, mais aussi des réussites. Elle nous a signalé avec un sourire que ce temps est passé de 20 minutes à, parfois, toute la durée de la réunion.

Mais, nous avions une autre hypothèse à vérifier. Le concept psychologique du métier a été utile pour répertorier les ressources psychosociales d'une équipe lors de notre deuxième étude. Nous avons voulu tester son opérationnalité pour mettre en discussion le travail. Nous l'avons utilisé pour conduire la discussion lorsque nous avons réuni les professionnels par métier. Il a permis d'explorer un ensemble de ressources sur les deux axes de développement : de l'activité et celui des personnes et des collectifs de travail. Nous pensons qu'il constitue un outil pertinent pour des encadrants afin de questionner le travail des équipes. Les quatre registres du métier permettent une exploration intéressante. Nous proposons quelques questions à poser pour chacune des instances :

- Impersonnelle : questions sur la clarté des objectifs, des tâches à accomplir, la clarté ou le manque de procédures, la connaissance des objectifs à atteindre…
- Interpersonnelle : questions sur les critères d'un travail de qualité pour le professionnel, la possibilité de faire ou pas du « bon travail », ce qui empêche, ce qui le permet, les possibilités d'inventer de nouvelles façons de faire et de les discuter avec les collègues, les soutiens sollicités en situation de difficultés pour réaliser l'activité, partage sur la pertinence des critères d'évaluation du travail…
- Personnelle : les compétences à acquérir pour réaliser son activité, les valeurs qui soutiennent le professionnel, l'expérience transférée pour la réalisation du travail (ou difficile à transférer et pourquoi)…
- Transpersonnelle : cerner cette instance est plus difficile, nous proposons une question que nous avons déjà éprouvée dans des interventions auprès de professionnels : « Que faut-il connaître de votre équipe pour que ça se passe bien ? », des questions sur l'accueil des nouveaux arrivants et les temps où l'organisation informelle est transmise aux nouveaux.

L'ANACT (2014a) propose trois champs de discussion possible : 1° L'activité de travail, la tâche, les compétences, les pratiques. 2° L'organisation du travail, le fonctionnement des collectifs. 3° La stratégie de l'entreprise. Le concept psychologique du métier répond (en approfondissant) aux deux premiers champs. Le troisième champ de discussion concerne la stratégie de l'entreprise. Pour nous, elle a pour objectif de soutenir l'ensemble des métiers de

l'organisation. Par contre, pour que cette stratégie puisse s'inscrire dans la réalité quotidienne des équipes et que celles-ci adhèrent à d'éventuels changements, les différents niveaux de discussion (locaux, méso, globaux) doivent non seulement être organisés, mais entretenir un lien de subsidiarité. Nous pensons également que les espaces de discussion où s'échangent des points de vue sur la stratégie de l'entreprise, doivent permettre une co-construction (direction, encadrement) sur les ressources que Hobfoll (1989) a qualifié de « ressources énergétiques » et qui viennent soutenir, par une politique de gestion des ressources humaines (politiques de formation, d'évolution et de gestion de carrière, salariale, mais aussi conditions de travail souvent négociées avec les partenaires sociaux et des dispositifs de prévention de la santé au travail). Ces discussions et décisions sur les ressources énergétiques constituent un management de la santé au travail au niveau politique d'une organisation.

Ces ressources énergétiques n'appartiennent pas directement aux encadrants de proximité en termes de décision, mais elles doivent être mises en discussion avec eux et elles sont alimentées des discussions avec les équipes. Le lien de subsidiarité est indispensable pour la dynamique des ressources, de toutes les ressources, soutenant l'action des encadrants. En effet, le risque est de « tourner en rond » dans le métier. Gaubert (2012) a représenté le concept du métier par le symbole de l'infini. Si seuls les équipes et les encadrants mettent en discussion le métier pour trouver compromis et arrangements de l'activité et entretenir une vitalité du collectif de travail, celui-ci risque de s'épuiser si les ressources énergétiques validées par la direction viennent à manquer. Aussi, la mise en place très concrète du principe de subsidiarité est essentielle pour développer la vitalité d'une politique de prévention des risques psychosociaux. (Petit et coll., 2011).

Nous voudrions également rajouter un autre apport du concept psychologique du métier. Nous avons noté la richesse des quatre registres du métier pour penser l'articulation des ressources psychosociales soutenant l'action en santé au travail. Le concept du métier permet également de sortir de la crainte de l'hygiénisme. En effet, nous avons constaté la volonté des chercheurs à recentrer l'analyse sur le travail afin de ne pas personnaliser les problèmes de santé au travail. Or, le risque de l'hygiénisme ne doit pas occulter les ressources Personnelles dans la construction de la santé.

4.1.3. L'encadrant, « acteur majeur » de la santé de ses équipes

Ainsi, nous avons pu vérifier que le concept psychologique du métier permet de mettre en discussion le métier des équipes et que le questionnement qu'il propose constitue un « outillage » de discussion du travail d'un encadrant avec ses équipes. Il permet également d'alimenter les discussions à un niveau plus global sur la stratégie de l'entreprise. Mais, de notre point de vue, notre étude montre que le rôle de l'encadrant, en santé au travail, n'est pas seulement de traducteur. En abordant l'action des encadrants en santé au travail par la voie du développement des ressources psychosociales, nous cherchons à faire évoluer le regard sur le « métier » d'encadrement mais aussi, nous espérons contribuer à élargir le champ de son action en santé au travail ; non pas avec de la « prescription » supplémentaire, mais à envisager son action auprès de son équipe autrement, voire même en conciliant sa santé et celle de ses équipes ainsi que la santé économique de l'entreprise.

Envisager l'encadrement comme acteur de la santé des équipes est une orientation récente. Elle bouscule les théories « managériales » visant à « faire » de l'encadrant un vecteur de la production des équipes dans le respect des politiques d'entreprise. Est-ce que cette nouvelle approche demande des activités supplémentaires aux encadrants ? De notre point de vue, l'approche d'un management par la discussion n'est pas « en plus », mais autrement. Detchessahar demande à ouvrir, en préalable, un chantier visant à « désempêcher » le management de première ligne. « Ce chantier suppose une analyse des fiches de poste comme de l'agenda des encadrants visant à faire apparaître l'ensemble des activités qui s'y sont accumulées au fil du temps et qui sont venues coloniser le temps de la discussion sur le travail » (Detchessahar, 2013, p. 70). Dans le cadre de notre recherche-action, nous avons vu que l'action des cadres, lorsqu'ils ont pris la parole sur leur métier, a été de mettre en question la somme de réunions improductives dans lesquelles ils devaient apparaître pour rassurer leur direction. Mais cela ne suffit pas, et l'auteur précise que les espaces de discussion sur le travail demandent une ingénierie. Nous en avons parlé, nous n'y reviendrons pas ici. Nous voulons aussi cerner le sens de ce management par la discussion et le mettre en lien avec les connaissances sur les risques psychosociaux (stress et violences au travail).

De notre point de vue, l'action des encadrants en santé au travail peut se résumer en trois grands thèmes :

- L’encadrant, **acteur ressource** des équipes

Cette action se situe pleinement dans la prévention. Elle demande à interroger sans relâche le métier des équipes selon ses quatre registres. En participant à la discussion, l’encadrant développe des ressources sur l’organisation prescrite du travail (instance Impersonnelle), sur les ressources personnelles des individus comme le développement des compétences en lien avec l’évolution de l’activité du professionnel (instance Personnelle), sur les ressources qui se construisent entre les professionnels et pour chacun d’entre eux : la marge de manœuvre, la reconnaissance et le soutien social (instance Interpersonnelle). Mais aussi et surtout, il développe les ressources de la vitalité des collectifs de travail qui passent par l’échange, une culture du don et contre don favorable à la coopération dans les équipes (instance Transpersonnelle). L’encadrant est acteur ressource de ses équipes en favorisant les échanges sur le métier. La « qualité d’écoute » qui a été largement cité par les encadrants comme « moyen » essentiel pour favoriser le bien être des équipes prend un autre sens que celui « on n’est pas des assistantes sociales » comme nous l’avons entendu dans certaines formations auprès d’encadrants sur la prévention des risques psychosociaux. L’encadrant est ressource des équipes, en tant que soutien du métier dans toutes ses dimensions dont l’individu, mais inclus dans un collectif de travail qui a ses règles de travail et ses règles de communication et d’échanges.

- **L’encadrant, acteur sentinelle de la santé des équipes**

Nous interrogeons ici le risque d’hygiénisme dénoncé par Clot. En effet, il n’est pas question de rendre les encadrants sentinelle de la santé des individus et de leur prêter des compétences de détection de signes d’épuisement professionnel ou de risques suicidaires (même si des connaissances dans ce domaine restent utiles). Ce rôle de sentinelle est pour nous du côté de la vitalité des collectifs de travail. Être en « santé vivante » est la capacité à créer de la normativité (Roche, 2014). Mais celle-ci se construit dans un environnement social où les règles du don et contre don (Alter, 2009) vont réguler les échanges. Caroly (2010) a répertorié les indicateurs de la vitalité d’un collectif de travail. Or, ceux-ci peuvent être mis en lien avec la théorie de Mauss (1924). Lorsque nous donnons un rôle d’acteur sentinelle aux encadrants afin de soutenir la santé des équipes, nous visons une attention particulière du cadre sur la qualité des échanges entre les individus. Et lorsque les cours de management demandent « l’exemplarité » de l’encadrant, est ce que ce n’est pas sa propre capacité à être dans le « don et contre don » avec ses équipes qui est en question. Dans nos interactions avec les encadrants de proximité, nous

avons rencontré leur désarroi lorsque leur direction leur reproche de « manager à l'affectif ». Ils perçoivent cette accusation comme profondément injuste sans pour cela pouvoir cerner concrètement ce qui leur est utile et essentiel dans ce « management à l'affectif ». Il est vrai que ce terme peut renvoyer à des « préférences » individuelles dans les équipes et à de l'iniquité de traitement des personnels. Mais les encadrants sentent confusément qu'il leur est reproché cette culture du « don et contre don », à savoir lorsqu'une salariée revient sur son jour de congé pour un remplacement urgent, il faudra « rendre ». Il nous semble que nous ouvrons là une piste de recherche qu'il serait important d'approfondir pour rendre visible ce travail invisible du lien et de l'échange porté par les cadres.

Aussi, pour revenir au rôle du cadre en santé au travail, être acteur sentinelle est celui de veiller à la qualité des échanges entre les membres de l'équipe et de favoriser, par ses propres actions, le « don et contre don ». En cela, il prévient les crises psychosociales liées aux tensions relationnelles trop souvent qualifiées de « harcèlement », mot employé, de notre point de vue, lorsque la communication n'est plus possible.

- **L'encadrant, acteur d'alerte**

Ce rôle d'alerte se situe à deux niveaux. Tout d'abord, nous avons vu que l'encadrant doit favoriser le lien de subsidiarité et, en fonction de l'ingénierie des espaces de discussion instaurés dans les organisations. Il alerte sur « ce qui ne lui appartient pas » pour développer les ressources psychosociales et qui sont essentiellement les ressources « énergétiques » portées par les politiques d'entreprises (gestion des ressources humaines et moyens pour réaliser le travail à fournir). Une autre zone d'alerte concerne les risques psychosociaux et notamment les conflits graves. En effet, l'encadrant peut être témoin (ou alerté par un tiers) de comportements de déstabilisation au sein du collectif de travail. Il nous semble que selon la gravité de la situation, son rôle est de passer le relais soit à des professionnels de santé ou à un représentant de l'organisation (le plus souvent le directeur des ressources humaines) pour un arbitrage. Ainsi, nous soutenons que selon la gravité des situations de tension, l'encadrant va avoir un rôle d'alerte et non pas de régulateur.

L'alerte est également sur les ressources dites « énergétiques ». Dans des espaces de discussion avec sa direction, les conditions et moyens pour réaliser l'activité (sur les 4 registres du métier) doivent être débattus. La décision et la responsabilité appartiennent aux directions. La discussion permet d'éviter des jugements parfois hâtifs de la part de direction, qualifiant une situation de tensions relationnelles ou organisationnelles comme une faiblesse ou une

défaillance managériale. Une démarche saine et constructive multiplie les potentiels d'actions « grâce » aux conflits inhérents au travail.

Ce travail de synthèse de l'action des encadrants en santé au travail demande à être complété. D'autres facettes sont à explorer. Pour cela, il nous semble essentiel d'interroger l'activité des encadrants. Peu de recherches se concentrent sur l'activité des encadrants en ergonomie ou en psychologie du travail (Livian, 2006). Quel est leur travail réel ? En interrogeant cette « boîte noire », nous devrions découvrir des stratégies défensives de métier qui seraient particulièrement utiles pour comprendre leur engagement (ou désengagement) dans des actions de prévention de la santé au travail des équipes.

Ce travail de recherche permettait d'ajuster les attentes réciproques lorsqu'un plan d'action de prévention instauré au niveau d'une direction vise les encadrants. Il y a un décalage entre la noblesse des ambitions d'un comité de pilotage composé de la direction et des représentants du personnel (membres de CHSCT) et l'humilité de ce qui se passe au quotidien entre un encadrant et une équipe qui permet le développement de la santé. Les actions ne sont pas grandioses, ne font pas de bruits. Elles fonctionnent comme le travail : c'est lorsque tout se passe bien qu'on ne le voit pas.

L'état de la littérature a fait apparaître le rôle central des encadrants de proximité dans la régulation des tensions (de l'organisation, de l'activité, relationnelles). Les directions attendent également des encadrants une proximité avec leurs équipes qui se traduit par une régulation de l'activité entre la prescription et le travail réel. Nous avons vu que l'axe du développement des personnes et des collectifs est également essentiel dans l'action de la régulation, mais, le plus souvent, de manière peu visible. Nos travaux mettent en évidence que la migration des ressources psychosociales entre les différentes instances du métier permet l'élaboration des règles de métier, moyens collectivement partagés pour répondre à la conflictualité du travail.

4.1.4. Le management par la discussion et ses limites

Mettre en discussion le travail et opérationnaliser le concept psychologique du métier était une étape intermédiaire pour construire des processus soutenant l'action des encadrants en santé au

travail. Nous visions le développement de la santé des équipes en instaurant des espaces de discussion sur le travail. Notre étude démontre que « manager par la discussion » produit des effets positifs sur la santé en termes de développement du pouvoir d'agir. Toutefois, nous devons convenir que des compétences doivent être acquises par les encadrants. Manager par la discussion demande de mettre en discussion avec les cadres les espaces où le travail se parle et comment le travail se parle. La question du « comment » répondre à une problématique de travail permet la dynamique des ressources du métier et la construction des règles de métier et du vivre ensemble dans une équipe. Nous dirons que c'est « l'art d'interroger le métier » qui doit être construit avec les encadrants et nous pensons que les accompagner sur leur terrain de leur activité est une force dans l'acquisition de ces compétences. « L'art d'interroger le métier » comprend, de notre point de vue, trois types de connaissances :

- La connaissance des processus : parler de son métier demande un apprentissage à la discussion. L'encadrant doit prendre en compte la temporalité que demande tout apprentissage. Selon le degré de vitalité du collectif de travail,
- La connaissance des outils d'interrogation du métier. Bien que l'objectif de la discussion soit une prise de décision ou un objectif de production de solutions concrètes, c'est la capacité du cadre à mettre en interrogation les évidences du métier de ses équipes qui permet de transformer le travail. Le cheminement des questionnements transforme le regard porté sur l'activité et construit le sens ; de notre point de vue, le cadre ne donne pas le sens, mais il offre la possibilité de le questionner sans le figer, il accepte que le sens soit sans cesse remis en question par les équipes. Il devient vecteur de sens au travail pour les individus et les collectifs.
- La connaissance du métier de ses équipes et de leur organisation… et, pour compléter ce troisième type de connaissance, nous pensons à un cadre qui expliquait à une jeune cadre « sortie d'école » comment faire un planning. Après lui avoir donné une méthodologie pour remplir ses tableaux, il a poussé les documents vers elle en lui disant « Et le reste t'appartient ». Le reste appartient au cadre : s'intéresser à ses équipes, connaître les rituels d'une équipe, saisir les subtilités de l'organisation et l'adaptation de l'équipe à ses contraintes. Mais tout n'appartient pas au cadre : le management de la discussion demande aux organisations de « cultiver » la discussion dans tous ses espaces institutionnels.

La question se pose de savoir la place du cadre par rapport au métier de ses équipes : est-il dedans ou dehors le Système des Ressources Psychosociales du Métier. De notre point de vue,

il se situe à la périphérie. Son action vise à mettre en mouvement les ressources psychosociales du métier et à garder vivant le métier. Il est « dans » et « hors » l'équipe.

Alors doit-il connaître le métier de ses équipes ? La question est régulièrement posée. Dans le secteur public hospitalier, des réformes ont été évoquées sur la formation du cadre de santé où il a été question de former indifféremment les cadres quel que soit le métier de leurs équipes. Un directeur des ressources humaines nous a fait part d'une expérience (réussie). Il a été confronté à un double problème : le retour d'une laborantine après une formation de cadre de santé et à une équipe du secteur psychiatrique sans cadre. Dans le secteur hospitalier, les métiers paramédicaux des laboratoires, radiologie, radiothérapie ont pour principe d'être encadrés par des cadres issus du même métier (ce qui pose parfois des difficultés, car ces « nouveaux » cadres sortant de formation, sont amenés à encadrer leurs propres collègues). Cette cadre « laborantine » devait prendre la succession d'une cadre partant à la retraite une année après son retour. Le directeur des ressources humaines s'est posé la question de savoir s'il mettait deux cadres pour le service du laboratoire et laissait l'équipe du secteur psychiatrique sans cadre pendant un an (pour raison budgétaire) : « On laisse une équipe sans cadre pendant 1 an et il faut 5 ans pour remettre du cadre ! ». Il a donc décidé de proposer le poste à la cadre laborantine qui a accepté après réticence. L'équipe était hostile à l'arrivée de cette cadre qui « ne connaissait pas le métier ». Ce directeur des ressources humaines (DRH) a mis en place un soutien de cette nouvelle cadre : une réunion avec l'équipe une fois par mois s'est imposée avec un temps d'échange avec le DRH pour faire remonter les difficultés évoquées par l'équipe. Parfois, le DRH accompagnait la cadre lors des réunions avec l'équipe. Cette expérience fait dire à ce DRH qu'il est un avantage « de ne pas être totalement du métier. En effet, l'équipe est venue me voir à son départ et ils m'ont dit la regretter. Elle avait posé des questions que l'équipe ne se posait pas ou ne se posait plus : pourquoi vous faites comme ça ? Ça sert à quoi… ». Pour lui, « l'innovation vient de là », de la capacité du cadre à interroger le métier des équipes, dans ses évidences, dans ses énigmes. Nous nous appuyons sur ce témoignage pour faire l'hypothèse que les encadrants ne doivent pas être « totalement » éloigné du métier, mais suffisamment tout de même pour « s'intéresser » au métier de l'autre et pouvoir poser des questions pertinentes. Les équipes sont d'ailleurs particulièrement efficaces pour « tester » leur cadre. Elles testent leurs connaissances du métier, mais elles testent également la capacité du cadre à ne pas tout voir, à leur laisser suffisamment de marges de manœuvre. Les cadres ne sont pas dupes mais l'astuce est de voir sans voir. Nous avons posé la question aux cadres : est-ce qu'il n'y a pas des « choses » qui « trichent » avec la règle prescrite et que les cadres vont faire « semblant » de ne pas voir ? Les cadres répondent par l'affirmative. Quant à savoir les « choses » qui se

voient sans se voir, il se trouve que ce sont les stratégies défensives du métier. Ce respect des stratégies de défense demande, de notre point de vue, une connaissance à minima du métier des équipes.

Dans notre étude, nous observons que les règles du vivre ensemble sont préservées par les encadrants. Ainsi, les cadres se posent la question (comme une règle de leur métier) de savoir s'ils doivent, ou pas, participer aux temps conviviaux des équipes. Comme pour toute règle de métier, les avis sont partagés et situationnels. Toutefois, les cadres évoquent ce qu'ils laissent faire en sachant que ce n'est pas permis par le règlement, mais qui est utile pour le vivre ensemble de l'équipe. Une cadre nous donnait pour exemple l'alcool sur le lieu de travail les soirs de réveillon.

4.2. Les limites de la recherche

Notre étude porte sur les processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Or, quelles sont les connaissances acquises qui peuvent être généralisables ? Notre recherche comporte plusieurs limites à la généralisation des résultats.

4.2.1. Les conditions de l'engagement des cadres dans la prise en compte des risques psychosociaux

La population concernée par la méthodologie de recherche est limitée à essentiellement deux secteurs d'activité ; le secteur de la logistique représente uniquement 7 % de notre échantillonnage pour l'étude 1 sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants et 4 focus groups sur 33 pour l'étude 2 sur les ressources psychosociales à développer par les encadrants. Or, les secteurs de la restauration collective et de la Fonction Publique Hospitalière ont des caractéristiques identitaires fortes en termes de métier. Être soignant ou être cuisinier demande de passer par une formation validée par un diplôme. Ces deux métiers exigent de « prendre soin » de leur destinataire : patients ou convives. Pour ces deux secteurs d'activité, les encadrants sont issus du même métier que les équipes sauf pour les encadrants d'équipes non soignantes dans le secteur hospitalier. Or, cette différence a été notée

dans notre première étude : ces encadrants déclarent rencontrer plus de situations difficiles avec les équipes. Aussi, les résultats de notre première étude sur la prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants sont difficilement généralisables. D'autres recherches sont nécessaires pour approcher la confrontation des encadrants à ce type de problématiques. Ce ne sont pas seulement d'autres secteurs d'activité qui doivent être investigués mais également d'autres méthodologies d'enquête. Des entretiens semi-directifs avec des encadrants permettraient non seulement d'explorer les situations et les ressources pour gérer et prévenir mais également les stratégies défensives du métier d'encadrant. Les encadrants ne sont pas passifs dans cet entre-deux entre une équipe et une direction.

Nous reconnaissons également une limite à la recherche. Nous sommes partie du postulat que les encadrants sont de « bonne volonté », c'est-à-dire qu'ils ont l'intention de préserver la santé de leurs équipes. Les résultats de notre recherche interrogent ce présupposé : 37 % des encadrants participants à l'étude 1 déclarent avoir « fait partir (démissionner) de l'entreprise un de ses collaborateurs ». Une étude plus approfondie permettrait d'approfondir les raisons qui ont conduit un encadrant à faire partir un membre de leur équipe ainsi que les processus. Toutefois, nous pouvons faire l'hypothèse que des espaces de discussion et un apport de connaissances en management de la discussion permettraient d'éviter d'arriver à ces solutions radicales.

4.2.2. Les forces et les limites d'un management par la discussion

L'analyse des processus d'intervention visant à soutenir la santé au travail par un management par la discussion laisse apparaître un autre processus qui est celui de la coopération. Le travail réalisé auprès des cadres pour partager des compétences en discussion sur le travail nous a permis de faire émerger un processus qui nous semble généralisable sous certaines conditions. L'engagement des cadres ne s'est pas manifesté dès le démarrage de l'intervention comme nous l'avons présenté lors de l'étude 3 sur l'analyse des processus de la recherche-action. Nous avons pu repérer des étapes :

- **La collaboration**

Au début de l'intervention, les cadres ont « collaboré » avec les chercheuses actrices. La collaboration peut se définir comme un accord entre deux ou plusieurs personnes pour atteindre un objectif. Dans le cadre de notre « collaboration » avec les cadres, l'objectif était de répondre à l'injonction de la direction : organiser l'intervention afin que les agents des différents services participent aux espaces de discussion proposés, participer, elles-mêmes aux réunions prévues. « *Nous étions de bons petits soldats* » nous dit une cadre à la fin de l'intervention. Et « Les indicateurs sont au vert pour la direction quand nous sommes présentes en réunion ». Nous choisissons le terme de « collaboration » pour signifier un engagement a minima à ce qui peut être demandé par une politique d'entreprise, afin que le résultat attendu soit atteignable. Nous repérons une stratégie d'évitement subtil dans la collaboration telle que nous la définissons dans ce processus : elle est de « faire » sans s'engager psychiquement, « faire » sans que des reproches puissent être formulés, mais pas plus. Dans la collaboration, la discussion n'a pas de prise puisqu'au moins une des parties ne se questionne pas en étant dans le « faire ». Le terme de « collaborateurs » est parfois peu apprécié de la part des professionnels, peut-être parce qu'il rappelle les heures sombres de notre histoire nationale où pour « faire » mieux valait ne pas se questionner.

- **La coopération**

Dans le processus d'engagement des cadres, lors du déroulement de la recherche-action, nous avons vu que plusieurs évènements sont venus les questionner (non programmation d'un atelier métier encadrement, perte d'un poste de cadre). Les cadres ont fait appel à nous pour les aider à réfléchir : sur leur métier et sur leur positionnement vis-à-vis de la direction. De la collaboration, nous sommes passées à une coopération. Ce passage a été possible grâce à un ingrédient qui ne se prescrit pas (Davezies, 1993) ; elle se construit paradoxalement dans la vulnérabilité (Dejours & Gernet, 2012). « Le prescrit, le travail théorique ne peuvent constituer le ciment de la confiance. Á ce stade là on peut tout au plus faire le pari de la confiance. **La confiance ne se construit véritablement que dans la crise**. C'est la façon dont l'autre se comporte face à une situation imprévue, la constatation que, même lorsque le monde se dérobe, on continue à agir selon des principes partagés qui fondent véritablement la confiance. Au travail, **on a confiance parce qu'on sait qu'on partage les mêmes règles**. » (Davezies, 1993, p. 40). Aussi, dans la construction de la coopération, la conflictualité du travail peut devenir

une opportunité à condition de « savoir » qu'on « partage les mêmes règles ». C'est donc principalement dans ce « qu'on donne à voir » que se construit la confiance. Les conflits auxquels étaient exposés les cadres ont donné l'occasion de nous solliciter pour construire la coopération, mais au préalable, c'est notre posture qui a été observée et qui a permis aux cadres de « savoir » qu'elles pouvaient nous faire confiance. Bien sûr, nous pensons d'emblée à notre posture professionnelle de « neutralité bienveillante » qui constitue un pilier de notre cadre déontologique, de métier. Mais nous pensons que ce qui a pu se construire entre les cadres et nous, intervenantes, peut se généraliser aux relations entre un encadrant et son équipe. La confiance n'est pas donnée d'emblée. Parfois, même la collaboration n'est pas acquise à l'arrivée du cadre. Nous avons vu que 52 % des cadres interrogés dans le cadre de notre première étude a eu au moins une fois au cours de sa carrière à intégrer une équipe hostile à son arrivée. Or, la confiance se construit dans les espaces de discussion formels et non formels et pour la construction de règles. « Le travail implique toujours une activité de construction de règles. Cette construction suppose l'existence d'espaces de débat, de confrontation des opinions. Et de ce fait, ces espaces existent dans les entreprises. » (Davezies, 1993, p. 41). Notre recherche fait le pari que ce ne sont pas seulement les espaces de convivialité (comme le propose Davezies dans ce même article) qui permettent la construction de règles de métier, mais aussi des espaces construits qui, par un outillage et un éco-système favorisant la discussion à différents niveaux de l'organisation, permet à la conflictualité du travail de trouver une issue favorable à la santé des individus et des collectifs de travail. Dans la coopération, la conflictualité du travail est mise en débat grâce à la confiance. Elle a exigé une posture de fermeté **et** de souplesse. La fermeté s'est manifestée par le cadre mis en place : les objectifs stratégiques de l'intervention n'ont jamais changé. Ils visaient l'accompagnement du changement dans le respect de la santé de tous les acteurs. Nous avons annoncé, et jamais varié, que nous ne personnaliserions pas les tensions, mais que la conflictualité du travail serait centrale dans les échanges. Nous l'avons pensé (à l'origine de l'intervention), dit et fait avec constance et cohérence. Par contre, nous avons manifesté une grande souplesse dans le « comment ». Cette posture peut-elle être prescrite à un encadrant même si notre intervention montre les gains à la fois pour les salariés et pour les encadrants dans l'engagement partagé d'un but commun ? Nous craignons que cette voie de la prescription nous conduise aux ressources personnelles des encadrants en termes de mode de fonctionnement individuel. Or, bien que nous puissions faire des réserves vis-à-vis de certains encadrants et de certains milieux professionnels, nous pensons qu'en « outillant » les managers à la mise en discussion du travail tout en préservant leur autorité sur le cadre qu'ils « doivent » au nom de la santé à maintenir.

«L'organisation, il ne faut pas le perdre de vue, est nécessaire. C'est parce qu'il est pris entre la contrainte imposée par la prescription et la résistance de l'objet du travail que le sujet va s'engager dans ce cheminement, dans cette exploration, qui vont l'amener à trouver, à inventer, à construire une expérience professionnelle. Il faut le cadre imposé par l'organisation du travail pour pouvoir mettre en œuvre ce processus de subversion auquel le sujet est convoqué et à travers lequel il peut construire sa santé. C'est le premier point : l'organisation du travail doit être critiquée, mais elle est absolument nécessaire. Les enquêtes montrent d'ailleurs de façon quasi constante que les salariés accordent une grande importance à la question de l'autorité. Cependant, l'exercice de l'autorité implique, du côté de la hiérarchie, des systèmes défensifs suffisamment souples pour soutenir véritablement les exigences du travail avec ce que ces exigences impliquent, y compris de remise en cause de l'organisation du travail. » (Davezies, 1993, p. 42). Ainsi, la coopération, jamais acquise, demande à l'encadrant de tenir le cadre (de la prescription du travail et de la tâche de chacun dont la sienne) et le souffle (donné par la discussion et le débat sur le travail dans des espaces-temps dédiés formels ou informels).

- **La co élaboration**

Or, de notre point de vue, nous sommes allées plus loin que la coopération dans notre travail avec les cadres. Il nous a fallu cette étape de construction de la coopération pour entrer dans une co élaboration avec les cadres. Elle s'est traduite par la mise en débat du « comment » construire une intervention auprès des équipes sur des thèmes parfois fortement émotionnels (d'où la nécessaire confiance). Mais elle se rajoute à la coopération la mise en action de la Métis, cette intelligence rusée des situations en référence à la déesse grecque. Schiwint (2002) cite Detienne et Vernant (1974) pour la cerner. Cette forme d'intelligence combine « le flair, la sagacité, la prévision, la souplesse d'esprit, la feinte, la débrouillardise, l'attention vigilante, le sens de l'opportunité, des habiletés diverses, une expérience longuement acquise » (Detienne & Vernant, 1974, p. 10). La plupart des auteurs qui font référence à cette intelligence rusée des situations (Davezies, 1993 ; Dejours & Gernet, 2012 ; Gaubert, 2012) l'envisagent comme une « compétence » individuelle. Dans la co-élaboration, la Métis est une compétence partagée, un « savoir en acte » (Dubar, 1996) collectivement porté.

Il nous semble qu'une autre étape est possible mais que nous n'avons pas vécu avec les encadrants mais que nous avons rencontré entre intervenantes chercheuses lorsque nous avons « inventé » des processus d'intervention à partir des exigences formulées avec les acteurs de

terrain : la **co création**. Nous l'avons approchée avec les cadres, notamment lorsqu'une des cadres a proposé à une intervenante chercheuse de mettre en discussion le thème (conflictuel) du remplacement pour gérer les absences du personnel. La proposition de jeux de rôle comme techniques d'animation a surpris l'intervenante qui l'a mise en discussion puis réalisée avec la cadre. Mais dans cette situation, la cadre, seule, a créé. Dans la co création, au-delà de la co élaboration, il y a l'innovation et une innovation collective répondant à la conflictualité du travail. Nous percevons ce qu'elle exigence de pouvoir d'agir individuel et collectif pour se mettre en place.

Aussi, le processus d'engagement des encadrants dans le dispositif a fait écho à un engagement des équipes dans un travail collectif avec son manager. La collaboration initiale peut évoluer vers une coopération puis vers une co élaboration sous conditions de confiance gagnée dans la discussion du travail aussi bien sur les objets conflictuels du travail que par la posture de l'encadrant à maintenir un cadre à la discussion et à donner le souffle par le débat. Par contre, nous gardons des interrogations sur le passage de l'étape d'hostilité d'une équipe à l'arrivée d'un encadrant à une collaboration entre un encadrant et son équipe.

4.2.3. Les limites de nos outils de recherche

Nous avons utilisé deux **questionnaires** dans notre méthodologie : un questionnaire pour repérer la confrontation des encadrants aux risques psychosociaux (situations, fréquences, ressources formatives et soutiens sociaux) et un questionnaire pour évaluer l'action des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail.

Notre recherche s'inscrit dans le courant de la clinique de l'activité. Pour le premier questionnaire, nous n'avons pas cherché à produire des connaissances généralisables à l'ensemble des encadrants, d'une part, et d'autre part, à cerner l'ensemble des situations de risques psychosociaux auxquels ils peuvent être confrontés. Nous avons cherché à éclaircir ces risques « comme s'il s'agissait d'un nuage toxique planant au-dessus de l'entreprise ou de certaines de ses composantes » (Daniellou, 2009), à partir des représentations des encadrants. L'utilisation de cet outil de recherche s'est réalisée dans un but exploratoire, dans un contexte où, à notre connaissance, les études ont pris en compte le point de vue des salariés et pas celui des encadrants. Nous voulions valider la pertinence de notre objet de recherche : l'action des encadrants en santé au travail. Nous pouvions faire des liens si et seulement si, les encadrants percevaient des difficultés dans la gestion de leurs équipes qui s'apparentaient à des risques

psychosociaux. Notre questionnaire a été élaboré à partir des représentations d'encadrants du secteur de la restauration collective. Les limites sont évidentes : élaborer dans un autre secteur, des difficultés différentes auraient très certainement émergé. Toutefois, la personnalisation des situations à caractère de risques psychosociaux ainsi que les attitudes défensives face à cette notion peuvent être généralisables. Ces constats rejoignent d'autres études (Collard & Drouard, 2015).

Nous avons également utilisé un questionnaire pour évaluer les actions mises en place dans le cadre de la recherche-action sur le développement de la santé au travail. Le choix de la méthode est discutable. Nous aurions pu utiliser la méthode par entretiens afin d'obtenir des résultats qualitatifs. La méthode quantitative par questionnaire ne décrit qu'une partie de la réalité. Nous avons également un biais concernant la population répondant au questionnaire. Par souci de confidentialité, nous avons peu d'éléments sur cet échantillon d'agents de l'EHPAD : quels sont les services, les métiers qui sont sur (ou sous) représentés ? De plus, l'échantillon ayant répondu au questionnaire en 2013 est différent de celui de 2014. Aussi, nous devons rester prudents sur les résultats même si nous estimons qu'ils démontrent un développement de la santé, confirmés par les acteurs lors du dernier comité de pilotage qui est venu compléter, de manière qualitative, cet état des lieux. Le choix de la méthode par questionnaire s'est aussi imposé par une demande de la direction de l'EHPAD, elle-même engagée avec d'autres établissements, dans une démarche d'évaluation quantitative des risques psychosociaux. Le choix du questionnaire n'a pas donné lieu à une mise en discussion collective ou à une élaboration de notre part. Nous avons vu que pour produire de la connaissance sur le développement des ressources psychosociales nous avons dû extraire des questions existantes. Mais ce travail de distorsion que nous avons réalisé pour tenter d'adapter ce questionnaire est intéressant. Ce questionnaire est « classique » au sens où les questions reprennent les connaissances issues des modèles du stress (Karasek notamment) comme la plupart des questionnaires d'évaluation des risques psychosociaux actuellement. Or, notre recherche met en évidence la pertinence de nouvelles connaissances qui ne sont pas prises en compte dans ces questionnaires. Nous pensons essentiellement aux travaux de Caroly (2010, 2012) sur la santé des collectifs de travail essentielle dans la santé individuelle (Roche, 2014). Des indicateurs sur la vitalité des collectifs de travail pourraient être intéressants pour engager, après le diagnostic, des actions de prévention. Nous pensons également que ces questionnaires, devant conduire à l'action à partir de connaissances, devraient distinguer l'évaluation des ressources psychosociales du métier des ressources « énergétiques ». Nous avons vu que l'action s'engage dans des lieux différents : les ressources psychosociales du métier sont à actionner dans des

niveaux locaux et méso alors que les ressources énergétiques (non déconnectées du terrain) engagent une politique stratégique d'entreprise ; soit vers un management de la santé au travail tel que l'envisagent Abord de Chatillon et Bachelard (2005).

La méthode par **recherche-action** pose également des limites. Les marges de manœuvre et le pouvoir d'agir des intervenants sont toujours à négocier avec d'autres acteurs, aux logiques parfois différentes. Les compromis sont à discuter et, nous avons vu qu'entre ce qui a été prévu puis réalisé, l'écart est considérable. Et pourtant, cet objet de l'intervention, constamment négocié et rediscuté, nous a parlé de la conflictualité du travail où nous sommes intervenues. Sa propre conflictualité a fait émerger les résistances mais aussi la co élaboration, véritables moments d'engagement des acteurs et de fierté à dépasser les résistances avec la satisfaction collective à « faire du bon boulot ». Mais il ne faut pas idéaliser, après coup, la recherche action impose des moments de doutes. Lorsque la directrice des soins, implicitement, nous demandait : « Concrètement ? Qu'est-ce que ça change ? », nous pensons avoir vécu, par contre transfert, le ressenti des encadrants concernant leur activité, le plus souvent invisible, mais essentielle dans la régulation du travail et des relations de travail. Comme nous l'avons déjà précisé, le processus de la recherche-action a eu une influence non seulement sur le développement de la santé au travail des équipes, mais également sur la culture organisationnelle de l'EHPAD et notamment sur la culture de la discussion. « Comprendre pour transformer » confronte à la conflictualité du travail avec ses phases inconfortables pour l'ensemble des acteurs.

La durée de la recherche action est aussi à mettre en discussion. Les acteurs (de terrain mais aussi les chercheuses actrices) ont eu la perception d'une intervention longue : 2 ans. La co élaboration de l'action et l'intégration des modifications entre le prévisionnel et le réalisé a demandé des ajustements : l'analyse des situations de tensions issue des espaces de discussion par métier par exemple a demandé plus de temps que si nous l'avions anticipé dès le démarrage de l'animation de ces espaces ; l'organisation des rencontres avec les équipes a tenu compte des disponibilités des équipes et des intervenants. Toutefois, la durée de l'intervention a également participé à une évolution de la culture organisationnelle vers la discussion du travail. Des étapes essentielles, de notre point de vue, émergent de notre réalisation. La phase de mise en discussion par métier a permis de faire émerger les ressources et les contraintes des métiers (liées à la réorganisation, mais nous avons rencontré des situations de tensions enkystées dans les équipes depuis, parfois, plusieurs années ; l'intervention a permis de les mettre en

discussion). Mais ces espaces ont également permis un apprentissage à la discussion et de construire la confiance avec les intervenants et entre professionnels.

Si nous avions à réélaborer cette intervention, est-ce que nous choisirions d'intégrer les cadres dès la première phase de discussion sur les difficultés et ressources du métier ? Nous ne pouvons pas trancher et généraliser. Nous pensons que la réponse doit s'adapter au contexte. Nous rappelons que l'objectif de l'intervention était de préserver la santé des équipes en contexte de changements organisationnels et un apprentissage à la discussion notamment, au début de l'intervention, pour l'encadrement. Une attention particulière doit être portée à la nature du Transpersonnel des organisations où nous intervenons. Elle peut nous indiquer si la présence du cadre (ou pas) favorise ou pas l'apprentissage de l'activité dialogique sur le travail. Certains agents ont apprécié de pouvoir s'exprimer sans les encadrants. Les cadres ont manifesté des craintes lors de la mise en discussion des situations dans les espaces de co animation. Aussi, les temps de discussion sans les cadres, dans un premier temps ont été pertinents, dans notre contexte d'intervention. L'apprentissage à la discussion s'est donc construit dans le temps et par le processus d'intervention. Une intervenante chercheuse raconte sa surprise lors de la première co animation avec un cadre auprès d'une équipe. Alors que les rôles d'animation avaient été discutés et répartis, les objectifs et techniques de co animation validés entre elles deux, la cadre est allée s'assoir au milieu de l'équipe et a pris une posture d'écoutante de l'intervenant. Or, dans un management par la discussion, le cadre est présent pour mettre en débat les tensions de l'activité et du vivre ensemble. Ainsi, nous n'excluons pas l'encadrant des controverses professionnelles, à la différence d'une préconisation de Davezies (2012) : « L'idée d'une élaboration hors de la présence de la hiérarchie peut choquer. Et pourtant, il n'est pas raisonnable de demander à celle-ci d'animer et de soutenir l'élaboration de points de vue du personnel avec lesquels elle devra composer. C'est d'autant plus vrai dans le contexte actuel où la hiérarchie a beaucoup de mal à faire entendre ses propres difficultés à sa direction. Compte tenu de la mission qui lui est dévolue, le délégué du personnel serait plus en position d'animer la discussion, à la condition qu'il bénéficie d'une formation et d'une possibilité de soutien en matière d'analyse du travail. Car il ne s'agit pas ici de faire œuvre de psychologue. Il faut simplement mettre collectivement des mots sur les enjeux de l'activité en s'efforçant d'aborder celle-ci avec un grain plus fin que celui des discours habituels. » (Davezies, 2012, p. 12).

Et pourtant, le critère de réussite d'un management par la discussion s'évalue par la capacité et la posture d'un encadrant à « mettre collectivement des mots sur les enjeux de l'activité » (ibid). Par contre, il demande un « pouvoir d'agir » du cadre à faire émerger les situations de tensions,

à les mettre en discussion et à décider de la suite à donner. Nous utilisons le terme de « pouvoir d'agir » et non pas celui de la marge de manœuvre ou de la capacité à agir. Le « pouvoir d'agir » du cadre est au-delà d'aptitudes personnelles. Mais pour ce « pouvoir d'agir », il est essentiel de se préoccuper du « métier » des encadrants, de ses quatre registres. « Pouvoir agir » en « management de la discussion » demande des ressources sur les 4 registres du métier et des espaces de discussion pour les garder en dynamiques et vivant.

Aussi, après avoir testé différents espaces de discussion et pris le temps de co élaborer une intervention visant l'apprentissage à un management par la discussion sur le travail à différents niveaux (locaux, méso et globaux), nous pouvons généraliser un modèle d'intervention (nous reprécisons qu'il reste à adapter au contexte et au Transpersonnel des lieux où nous intervenons) :

- La phase de cadrage de l'intervention inclut le partage des objectifs de l'intervention ainsi que les modalités de communication à l'ensemble des acteurs de l'organisation. Detchessahar conseille également un chantier de « désengagement » de l'activité ses encadrants : « Soutenir la discussion sur le travail peut conduire à fermer ou à espacer dans le temps certains de ces espaces de communication déjà existants de manière à « faire de la place » pour de nouvelles pratiques ou bien à revisiter des espaces déjà existants de telle manière que l'on y impulse une logique plus dialogique et que l'on inscrive à leur agenda la question du travail. Une première étape peut donc consister à faire l'inventaire des lieux de communication existants et des dynamiques communicationnelles qui les animent ainsi que les objets dont ils se saisissent. » (Detchessahar, 2013, p. 73). La mise en place de différents espaces de discussion aux différents niveaux est essentielle notamment pour « distribuer » les objets de travail à réguler selon les responsabilités de chacun des acteurs. Leur connexion doit être pensée avec soin afin d'établir les liens de subsidiarité. « On comprend en quoi l'introduction dans l'entreprise d'une plus grande culture de la subsidiarité serait de nature à la fois à mieux lutter contre les empêchements générés par l'excès de prescriptions établies trop loin du terrain et à soutenir l'ouverture d'espaces de discussion locaux ainsi que leur bon maillage avec des espaces de discussion de niveau supérieur. L'autorité subsidiaire postule en effet que les personnes en contact du travail opérationnel ont des choses intéressantes à dire sur les besoins et les nécessités du travail et qu'une part de la légitimité du niveau hiérarchique supérieur vient de sa capacité à entendre ses besoins et à construire en conséquence des réponses et du soutien. » (Detchessahar, 2013, p. 77).

Aussi, en plus de la mise en place d'un comité de pilotage garant de l'organisation de l'intervention et force de propositions dans le déroulement comme dans les pistes d'action, nous préconisons la mise en place d'espaces de discussion, au moins le temps de l'action, entre la direction et l'encadrement concerné par l'action. La régularité des rencontres se calque sur les rencontres avec les comités de pilotage, où, pour nous, il est indispensable que les encadrants (ou des représentants) assistent aux débats.

- La phase d'intervention visant la mise en discussion des objets de travail en tension mais aussi une culture de la discussion dans les organisations, se décompose en trois temps :
    - Mise en discussion des ressources psychosociales (ou leur manque, ou leur perte) des quatre registres du métier. Le concept psychologique a montré sa pertinence dans notre étude pour interroger le métier des équipes. Dans ces espaces, la présence des encadrants reste discutable.
    - Sélection des situations prioritaires avec les encadrants et les équipes.
    - Espaces de décision sur la régulation de ces situations (les solutions pouvant être validées dans des espaces de discussion locaux : un encadrant et son équipe, méso : les encadrants et leur direction ou globaux : si la décision implique la stratégie de l'entreprise).
- La phase réflexive permettant la capitalisation des acquis de l'intervention. Elle correspond à une évaluation de l'action à la fois sur les processus validés par la littérature comme garants de la réussite des interventions en prévention de risques psychosociaux (ANACT, 2014b), mais aussi sur l'évolution des représentations sur un management par la discussion.

Nous avons une limite importante dans notre recherche-action. La dernière phase du processus d'intervention a essentiellement concerné les membres du comité de pilotage où nous avons mis en discussion des apports de l'intervention lors de la dernière rencontre. Celle-ci a été remise en discussion entre les intervenants chercheurs et la direction qui a validé une suite de l'action auprès des cadres. Une journée à destination des cadres de l'établissement doit être organisée afin de **décider** des activités destinées à soutenir un management par la discussion du travail. Une technique d'animation de groupe a été choisie pour laisser la possibilité aux participants (encadrement et direction) de choisir les thèmes travaillés pour décision dans des ateliers, en sous-groupe. Auprès des professionnels de terrain, nous avons choisi d'utiliser une méthode quantitative qui n'a pas permis d'activité dialogique sur les apports de l'intervention,

les limites et les préconisations. Cette phase aurait pu être complétée par des entretiens collectifs auprès des équipes. Mais cette action aurait pu appartenir aux encadrants en fin d'intervention. Elle aurait signifié l'apprentissage à la discussion avec les équipes, après un dernier temps de préparation avec un intervenant. Or, la phase réflexive auprès des cadres est l'étape que nous n'avons pas menée.

4.3. Recul et confrontation avec la théorie

Dans notre recherche, nous avons utilisé plus particulièrement deux concepts : le concept psychologique du métier, et plus particulièrement l'instance Transpersonnelle et celui du management par la discussion, notamment les espaces de discussion. Pour l'un comme pour l'autre, ils nous ont semblé particulièrement solides pour nous y appuyer dans la conception de notre recherche (de l'étude de la littérature à leur opérationnalité dans nos méthodes de recherche).

4.3.1. Le concept psychologique du métier : le transpersonnel

Il nous semble que les quatre instances du métier peuvent répondre à la question du « comment » favoriser le bien-être d'une équipe, avec des réponses qui peuvent être formalisées pour les instances Personnelle, Impersonnelle et Interpersonnelle. « Le concept de métier tente donc d'intégrer les dimensions hétérogènes qui constituent le travail. Il permet de poser le problème des risques psychosociaux dans sa complexité en dépassant les approches antinomiques entre travail prescrit et travail réel, individu et collectif, subjectivité et organisation. L'attention est portée sur l'ensemble et sur sa dynamique entretenue ou retenue par des liaisons créatrices ou destructrices entre les quatre dimensions. » (Miossec, 2011, p. 224). L'architecture du métier nous permet de comprendre l'engagement subjectif dans le travail facteur de santé au travail. Une mauvaise compréhension des règles d'un métier, de la culture du milieu peut désintégrer progressivement les ressources potentielles de chaque instance du métier. Sans accord implicite avec l'instance Transpersonnelle, la coopération avec autrui ne fonctionne pas. Il devient alors difficile au salarié de remplir la mission, les objectifs attendus et fixés par l'instance impersonnelle. Il se transforme alors, aux yeux de son entourage, en un professionnel à

« personnalité difficile ». L'épuisement professionnel n'est pas loin. « Occulter l'enjeu du « métier à retisser » conduit à voir les mailles de l'activité se relâcher laissant le sujet seul dans ses confrontations au réel du travail » (Gaubert, 2012, p. 191). « Soigner son travail, c'est instaurer des rapports vivants et dynamogènes entre les différentes dimensions du travail : la prescription des tâches, l'histoire collective des manières de travailler et l'engagement personnel et collectif des salariés » (Miossec et coll., 2011).

« Autrement dit, tout est lié, mais tout peut aussi se délier. Au travail, le sentiment de vivre la même histoire peut s'éteindre en laissant libre cours à l'inflation des querelles de personnes qui se substitue vite à la déflation des disputes professionnelles. Un métier, privé des ressources vitales du travail collectif interpersonnel, sans répondant transpersonnel peut dégénérer en face à face ravageur entre un exercice personnel solitaire et des injonctions impersonnelles factices. Cette dégénérescence peut alors devenir le ressort d'un désir personnel de reconnaissance qui réclame réparation là où elle est impossible à obtenir » (Clot, 2008, p. 260)

« Lier, délier, relier » (Clot, 2008, p. 259) peut constituer le métier de l'encadrant vigilant à la santé et au bien-être de ses équipes. Faire son métier, « c'est développer le pouvoir d'agir des professionnels sur l'architecture d'ensemble de leur métier » (Clot, 2006, p. 168).

Or, la dimension Transpersonnelle se révèle comme une dimension fondamentale pour comprendre les ressorts qui vont permettre ou pas à un encadrant de favoriser la santé au travail de ses équipes. Cette instance correspond au répondant collectif de l'activité personnelle, « l'histoire qui se poursuit ou s'arrête à travers moi, celle que je parviens ou pas à faire mienne en y mettant précisément du mien.» (Clot, 2006, p. 168). « C'est elle qui donne le ton et, tel un diapason générique signale que le travail collectif en cours et celui d'un collectif de travail inscrit dans une histoire et capable d'orchestrer l'activité » (Clot, 2008, p. 258-259). La dimension Transpersonnelle nous permet d'interroger la place de l'encadrant : un chef d'orchestre qui donne le « ton » ? Mais le « ton », le « diapason » s'inscrivent dans une culture ; elle est le dénominateur commun d'une équipe même à très petite échelle. Un encadrant qui ne prend pas le « ton » à son arrivée risque de vivre des situations de risques psychosociaux, notamment des situations de tensions relationnelles.

Lhuilier (2006) fait un lien avec Winnicott (remarquons qu'elle parle de travail et pas de métier) : « Le travail est aussi nécessairement transpersonnel. Sans revenir ici sur les rapports entre travail et sublimation, nous n'évoquerons que son « lieu », l'espace potentiel où l'expérience culturelle prend tout son sens. Winnicott (1967) ici encore guide la réflexion : « J'ai utilisé le

terme d'expérience culturelle comme une extension des concepts de phénomènes transitionnels et de jeu (…) lorsque j'utilise le mot culture, je pense à ce que la tradition nous a laissé en héritage : cela fait partie de l'humanité tout entière, nous pouvons tous y contribuer et y trouver refuge si nous avons d'abord eu un lieu où mettre ce que nous avons trouvé (…). Ces expériences culturelles dotent la race humaine d'une expérience de continuité qui transcende l'existence individuelle. » » (Lhuilier, 2006, p. 191). Or, comment intervenir sur un Transpersonnel à la culture « déviante », lorsque le métier est « délié » ? Nous parlons de Transpersonnel « déviant » lorsque les comportements entre les membres visent la déstabilisation relationnelle et/ou portant sur le travail comme le sabotage du travail d'un autre membre de l'équipe et/ou de l'encadrant. Nos interventions auprès de ces « collectifs dégradés », ou « dévitalisés » si nous faisons référence aux critères de la « vitalité d'un collectif de travail » (Caroly, 2010), nous interrogent. Or, seule l'utilisation d'objets transactionnels nous a semblé pertinent pour permettre à ces équipes de retrouver la conflictualité du travail et pas celle interindividuelle. Ces « objets transactionnels » sont des objets du travail. Nous entendons le terme d'objet au sens large : situation, chose, relation. Or, pour remettre en dynamique le travail, nous tentons de repérer les « objets émotionnellement compétents ». « Nous pouvons donc préciser : le travail ne concerne pas, au premier chef, des objets. Il vise la dynamique qui anime ces objets » (Davezies, p. 8). L'auteur précise que Damasio utilise le terme « d'objet émotionnellement compétent » pour décrire des objets qui provoquent l'émotion individuelle. Dans le travail, certains « objets » sont particulièrement émotionnels et deviennent compétents pour relancer les dynamiques du métier. Notre pratique nous a montré que lorsque nous donnons la définition de l'Objet Emotionnellement Compétent à un encadrant, il saisit très rapidement pour nous donner « un objet » collectivement partagé comme émotionnel. Ces « objets » sont parfois surprenants vue de l'extérieur (ce qui est certainement un des critères de leur compétence puisque nous touchons à l'énigme du travail). Un Objet Emotionnellement Compétent à l'EHPAD est, par exemple, « couper les ongles de pied des résidents ». Interroger ces objets ouvre des discussions sur les ressources du métier (ou leur manque ou leur perte). De manière émotionnelle, les professionnels expliquent les difficultés de cette activité qui est bien au-delà de ce qu'on peut se la représenter : comment ne pas faire mal ? Que faire si on provoque une plaie et que le résident est diabétique ? Comment éviter que l'ongle coupé gicle dans l'œil du soignant ? Á quel moment faire appel au podologue ?... Cet « objet » a été testé dans plusieurs EHPAD et a provoqué de vives réactions émotionnelles de la part des professionnels de terrain et des encadrants. Sauf pour l'une d'entre elles, qui avait déjà mis en débat cet objet.

Il ne semble pas possible « d'attaquer » de front la dimension Transpersonnelle (pour un intervenant et/ou pour un encadrant) ; nous sommes obligés de passer par des objets médiateurs du travail qui font sens pour tous et d'outiller des espaces transactionnels.

La réussite (ou échec) des actions visant la santé au travail peut parfois s'expliquer par une méconnaissance de la dimension Transpersonnelle. La majorité des théories managériales sont issues des pays anglo-saxons. Or, appliquer des outils managériaux inadaptés à un contexte culturel (à l'échelle d'un pays comme d'une équipe) peut être inopérant. La culture d'une organisation et l'intégration des modes de gestion sont liées : « La culture n'est pas un pouvoir, mais un contexte. Si, dans une entreprise, une position est recherchée, une marque d'autorité est jugée acceptable, une manière d'être suscite la confiance, le dégoût ou la colère, ce n'est souvent pas par ce qu'elles sont dans leur pure matérialité, mais à cause de ce qu'elles signifient. Et ce qu'elles signifient varie avec les cultures. (…). Dans ces conditions, la culture intervient bien dans la marche des entreprises, par le fait que les situations qui incitent à être dévoué, motivé ou coopératif d'un côté, rebelle, passif ou replié sur ses propres intérêts de l'autre, diffèrent suivant les lieux. (…) Un large champ d'action s'ouvre aux responsables pour promouvoir des modes de fonctionnement qui conduisent, de manière appropriée à chaque lieu, à des situations génératrices de manières d'agir favorables à l'entreprise. (…) Une recette de gestion qui a fait ses preuves dans un contexte culturel donné ne conduit pas pour autant au succès dans un autre contexte. En effet, les conduites qu'elle suppose chez ceux qui ont à la mettre en œuvre peuvent, tout en étant ici parfaitement conformes à une « bonne » manière de vivre ensemble, être là fort choquantes. Ainsi, qu'y-a-t-il de plus central dans la panoplie des méthodes de gestion « universelles », enseignées dans les meilleures écoles et répandues par les consultants les plus sérieux, que le triptyque délégation, évaluation des résultats, récompense/sanction ? Mais en fait, les actes que la mise en œuvre de ce triptyque demande d'accomplir aux supérieurs et aux subordonnés ont des significations très diverses suivant les cultures » (d'Iribarne, 1993, p. XXII-XXIII).

Dans l'étude 2 de notre recherche concernant les représentations des encadrarnts sur leurs actions en santé au travail, nous nous sommes permis de classer dans l'instance Transpersonnelle les ressources évoquant le subtil « vivre ensemble », qui n'est pas prescrit, mais qui est « l'attendu du sous-entendu » des relations humaines. Nous faisons référence aux travaux de l'anthropologue Mauss (1924) repris par Alter (2009). Ces travaux semblent une source d'inspiration pour approfondir la reconnaissance et le soutien, deux actions managériales soutenant la santé des salariés. Caillé & Gresy (2014) proposent une relecture de l'activité

managériale en s'appuyant sur le principe de Mauss (1924) : « En raccourci, il peut se formuler ainsi : « Sans don, il n'est pas d'efficience possible. » Il rappelle ce que nous dit La Fontaine dans la fable de La Poule aux œufs d'or : « On perd tout en voulant tout gagner. » Pourquoi est-ce vrai non seulement dans la vie courante, mais dans celle des organisations ? La raison en est que les organisations qui fonctionnent bien (entreprises, grandes ou petites, associations, administrations, équipes sportives, etc.) sont celles qui savent respecter la logique et la dynamique des quatre temps du don et contre-don : demander-donner-recevoir-rendre, alors que celles qui dysfonctionnent, basculent dans le cycle opposé du ignorer-prendre-refuser-garder. Le bon manager, le bon leader, le bon entraîneur, le bon dirigeant, le bon animateur, etc., comme on voudra, sait reconnaître dans le cycle du don et dans ceux qui s'y adonnent la véritable source de l'efficience. Celle qui réengendre jour après jour le cercle suffisamment vertueux de la coopération et du travail pris à cœur. » (Caillé & Grésy, 2014, p. 11-12). Ces ressorts informels des relations humaines, s'ils sont « entendus » parce que « sous-entendus » vont permettre un cercle vertueux des organisations et des micro-organisations des services : efficacité, reconnaissance, soutien ; à l'inverse d'un management où on prend sans demander, sans rendre, entretient un « cercle vicieux organisationnel » (ibid, p. 13). Par exemple l'encadrant qui exige d'un salarié dans la fonction publique hospitalière de revenir sur un jour de congé, sans accéder à sa demande, un peu plus tard, de prendre une journée alors qu'un enfant est malade. Il serait intéressant d'effectuer des recherches sur le cycle du don et contre don dans l'activité managériale. Elles permettraient de mettre en discussion entre des encadrants et leur direction la perception d'un « management à l'affectif » reçue comme une accusation par les encadrants lorsque leur hiérarchie leur reproche un « don » non conventionnel (accord d'un congé en dehors d'un cadre légal par exemple). Á l'inverse, la compréhension des formes subtiles des échanges sociaux peut donner plus d'assurance à un encadrant à être vigilant à maintenir une instance Transpersonnelle saine et vivante. « Le don est donc affaire d'esprit de finesse et non de géométrie. (…) celui qui aura compris à la fois toute l'incertitude et la puissance du don saura en retirer un grand bénéfice. Le bénéfice paradoxal du don. » (ibid, p. 225).

4.3.2. Le concept de management par la discussion : les espaces de discussion

Lors de notre intervention en recherche-action, nous avions pour objectif, entre autres, de tester des espaces de discussion en faisant varier le statut des participants notamment et les objets de la discussion. L'outillage que nous avons conçu s'est rapproché de la définition donnée par Detchessahar (2013, p. 59) sur la définition des espaces de discussion : « l'espace de discussion est le medium à travers lequel se réalise l'ensemble des arrangements, compromis et bricolages que supposent l'incomplétude de la prescription et le caractère irréductiblement erratique de l'activité concrète ». Sauf que cette définition insiste essentiellement sur le développement de l'axe de l'activité si nous faisons référence au système des ressources psychosociales du métier. Or, nous avons aussi souhaité mettre en dynamique par la discussion l'axe du développement des personnes et des collectifs de travail. Aussi, ces espaces n'ont pas été seulement le lieu de débat sur des « compromis ou arrangements » entre la prescription et le réel de l'activité. La conflictualité du travail a été mise en débat aussi sur ce que ça produit dans les relations entre soi et soi, et soi et les autres. Il nous semble que ce que nous avons mis en place s'apparente plus à un espace transitionnel tel que défini par Winicott, l'objet transitionnel qui a été débattu est le travail dans toutes ses dimensions. Le phénomène transitionnel, que nous avons mis en place par les processus de l'intervention à partir des objets de la conflictualité du travail, a provoqué une évolution. Par la discussion, l'investissement négatif (car porteur de souffrance) sur des objets du travail a progressé vers un investissement collectif créateur. Á partir de l'expérience d'un petit enfant, Winnicott présente le processus de phénomène transitionnel :
« 1. Le petit enfant s'arroge des droits sur l'objet et nous lui autorisons cette prise de possession. Cependant, une certaine annulation de l'omnipotence est d'emblée présente. 2. L'objet est affectueusement choyé, mais aussi aimé avec excitation et mutilé. 3. L'objet ne doit jamais changer, à moins que ce ne soit l'enfant lui-même qui ne le change. 4. Il doit survivre à l'amour instinctuel, à la haine et, si tel est le cas, à l'agressivité pure. 5. Cependant il faut que, pour l'enfant, l'objet communique une certaine chaleur, soit capable de mouvement, ait une certaine consistance et fasse quelque chose qui témoigne d'une vitalité ou d'une réalité qui lui serait propre. 6. De notre point de vue, l'objet vient du dehors. Il n'en va pas ainsi pour le bébé. Pour lui, l'objet ne vient pas non plus du dedans ; ce n'est pas une hallucination. 7. L'objet est voué à un désinvestissement progressif, et, les années passant, il n'est pas tant oublié que relégué dans les limbes. Je veux dire par là que, dans un développement normal, l'objet « ne va pas à

l'intérieur » et que le sentiment qu'il suscite ne sera pas nécessairement soumis au refoulement. Il n'est pas oublié et on n'a pas non plus à en faire le deuil. S'il perd sa signification, c'est que les phénomènes transitionnels deviennent diffus et se répandent dans la zone intermédiaire qui se situe entre la « réalité psychique interne » et « le monde externe tel qu'il est perçu par deux personnes en commun » ; autrement dit, ils se répandent dans le domaine culturel tout entier. » (Winnicott, 1971, p. 13). Ainsi, les espaces de discussion seraient ces aires intermédiaires où, par l'activité dialogique, la réalité interne se confronte à une réalité extérieure et partagée. La conflictualité du travail prend un autre sens, une autre envergure dans le développement des personnes et des collectifs de travail « De ces considérations émerge l'idée que le paradoxe accepté pourrait avoir une valeur positive » (Winnicott, 1971, p. 25).

Cet auteur nous aide à penser notre action « soutenante » auprès des acteurs de terrain lorsque nous avons instauré ces espaces de discussion mais aussi à envisager l'action des encadrants auprès de leurs équipes avec cette même perspective : instaurer des aires de jeux pour discuter de la conflictualité du travail. Nous avons vu que dans la mise en place de ces espaces, les règles du jeu ont été fixées au départ : celles du vivre ensemble dans le groupe (bienveillance, authenticité, respect de la parole de l'autre), mais aussi le déroulement et les objets discutés (sous forme d'objectifs de la discussion). Les techniques d'animation ont été pensées avec soin afin de captiver les participants et de permettre leur engagement dans la discussion. Aussi, nous comptons sur la capacité du lecteur à jouer des paradoxes. Nous partons de la thèse de Winnicott pour envisager l'action des encadrants sans imaginer que nous le transformons en thérapeute : « Au moment de formuler ma thèse, je découvre, comme c'est si souvent le cas, son extrême simplicité ; pour faire le tour de la question, quelques mots suffiront. La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? Á deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. » (Winnicott, 1971, p. 55). Ainsi, l'action de l'encadrant visant la santé au travail de ses équipes serait de « remettre du jeu » lorsque « ça coince » dans les articulations du métier à partir de l'activité dialogique. « En d'autres termes, c'est le jeu qui est universel et qui correspond à la santé. Jouer conduit à établir des relations de groupe. » (Winnicott, 1971, p. 60).

Ainsi, la notion de « santé vivante » que nous avons proposée est fortement liée à la créativité qui puisse sa source dans le « jeu ». « Le lecteur consentira, je l'espère, à envisager la créativité dans son acception la plus large, sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, mais bien plutôt en la considérant comme une coloration de toute une attitude face à

la réalité extérieure. Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure : le monde et tous ses éléments sont alors reconnus mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter. La soumission entraîne chez l'individu un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance. Ce peut être même un réel supplice pour certains êtres que d'avoir fait l'expérience d'une vie créative juste assez pour s'apercevoir que, la plupart du temps, ils vivent de manière non créative, comme s'ils étaient pris dans la créativité de quelqu'un d'autre ou dans celle d'une machine. Cette seconde manière de vivre dans le monde doit être tenue pour une maladie, au sens psychiatrique du terme. Tout compte fait, notre théorie présuppose que vivre créativement témoigne d'une bonne santé et que la soumission constitue, elle, une base mauvaise de l'existence. » (Winnicott, 1971, p. 92). Nous ne pouvons qu'adhérer à cette conception de la santé qui rejoint la « normativité » chère à Canguilhem. Toutefois, Winnicott rajoute, en 1971 (p. 92) : « Il est vraisemblable que l'attitude générale de notre société et l'atmosphère philosophique de notre époque favorisent une telle conception ; elle aurait pu ne pas être la nôtre en d'autres lieux et d'autres temps.». Les évolutions du monde du travail désenchantent la conception du développement de la santé telle que pressentie par Winnicott. Et c'est la question de la démocratie qui est « en jeu » dans la construction de la santé par la créativité issue du développement du pouvoir d'agir. Aussi, si nous partageons les idées utopistes visant l'instauration de la démocratie dans l'entreprise, nous restons sceptiques sur la mise en application.

4.4. Discussions sur le métier de psychologue du travail et des organisations

Analyser le développement du métier à partir du concept psychologique de Clot (2008) nous a permis d'interroger notre propre métier. Les interventions de la psychologie du travail ans le champ spécifique des risques psychosociaux et de la souffrance au travail réinterrogent notre activité et notre posture.

Lorsque nous avons commencé à structurer nos réflexions sur notre activité de psychologue, nous pensions interroger un « nouveau » métier : celui de psychologue en santé au travail. Or, ce dernier n'est pas déconnecté de celui de psychologue du travail et des organisations, tout au plus est-il une « branche d'activité. En effet, nous pensons que, quel que soit les lieux où il

s'exerce, c'est la dynamique du et des métiers qui est au cœur des processus d'intervention qui nous incombent ; il en est de notre responsabilité et nous sommes prête à le disputer avec nos pairs. Dans une activité de psychologue du travail en bilan de compétences par exemple, nous lançons ou relançons des dynamiques d'un sujet dans son propre métier. Souvent, la demande vient d'un blocage avec des questions du professionnel : « Suis-je fait pour ce métier ? Je m'ennuie dans mon travail. Est-ce que je ne me suis pas trompé de voie professionnelle ? ». Nos questionnements sur les compétences acquises, les aspirations interrogent la dimension Personnelle du métier, mais nous faisons du lien avec les autres dimensions lorsque nous accompagnons le professionnel à s'interroger sur de nouvelles pistes : le contenu des métiers sélectionnés (dimension Impersonnelle) et comment il s'exerce (dimension Interpersonnelle). Nous devons également être vigilants à interroger la dimension Transpersonnelle et notamment la « culture du métier », mais aussi de l'environnement où il s'exerce. Et nous pensons que l'habileté d'un psychologue du travail exerçant une activité de recrutement se situe dans cette capacité à « sentir » (Davezies, 1993) l'adéquation entre l'instance Personnelle du salarié et l'instance Transpersonnelle de l'entreprise où il intervient.

Ce qui caractérise notre métier est la centralité du travail dans toutes nos interventions et, plus précisément, la conflictualité du travail et la difficulté de la régulation de cette conflictualité. Nous entendons par « intervention » « une action ou un ensemble organisé d'actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique » (Jabot & Bauchet, 2009, p. 330). Nous devons également insister sur notre titre professionnel « psychologue du travail et des organisations ». Nous intervenons sur plusieurs dynamiques : individuelles, collectives et organisationnelles. En santé au travail, le risque de l'hygiénisme ne doit pas nous éloigner de l'approche individuelle d'un sujet au travail. Suite à un épuisement professionnel, à un stress post-traumatique, le métier se fige, sur ses quatre dimensions et nous serons attentifs à relancer la dynamique du métier singulier mais toujours connecté aux autres. Aussi, être « au chevet » d'un sujet, au sens clinique du terme, nous conduit à l'accompagnement des collectifs de travail. Les recherches de Caroly (2010) sur le travail collectif et les collectifs de travail nous obligent à structurer nos interventions auprès d'eux. Les indicateurs de vitalité d'un collectif de travail nous servent de repères notamment sur les interventions de niveau primaire, lors de l'analyse des « facteurs de risques psychosociaux ». Les évaluations (qualitatives par entretiens semi-directifs et quantitatifs par questionnaires) se doivent d'intégrer cette dimension de la vitalité des collectifs de travail comme facteur indissociable de la santé au travail. Bien que nous ne puissions pas témoigner de l'ensemble de la demande sociale, les interventions auprès de collectifs en tensions relationnelles et organisationnelles se multiplient depuis deux ans

environ. Non seulement ces interventions nous obligent à « co créer » avec nos pairs des processus pour réguler ces tensions au niveau collectif mais elles nous obligent à nous interroger sur notre pratique auprès des organisations. « Mais on attend aussi de l'intervenant extérieur la possibilité d'un regard nouveau, d'une prise de distance là où l'implication est trop grande pour permettre de nouvelles interrogations. Du « tiers » est requis pour sortir d'une situation de face à face (direction – professionnels de terrain en particulier). Cette position de l'intervenant extérieur, « hors de », n'est pour autant pas suffisante pour garantir une fonction de « tiers », surtout dans les situations de crise. D'autres « tiers » doivent être mis en place. Le dispositif, sa co construction et sa contractualisation, les objectifs et le ou les objet(s) de travail qui y sont définis constituent des tiers pour le psychosociologue comme pour les « commanditaires » et pour les participants à l'intervention. Enfin, l'organisation à laquelle appartient le psychosociologue participe elle aussi de cette fonction tierce. » (Humbert, 2010, p. 176). Et l'organisation est notre troisième niveau d'intervention après l'individuel et le collectif. La conflictualité du travail interroge ces trois niveaux et nos processus d'intervention demandent, de notre point de vue, une approche systémique. Les processus de la recherche-action que nous avons mis en place en EHPAD ont cherché à intervenir sur ces trois registres et à les articuler. Ils ont cherché à répondre aux interrogations des chercheurs afin de dépasser deux écueils liés aux pratiques d'intervention : l'absence fréquente de prise en compte de l'activité réelle des salariés et l'implication de l'encadrement (Aucouturier, 2010). « En conséquence, plusieurs questions nous apparaissent devoir être documentées. Comment construire, avec les acteurs du management, des représentations, qui intègrent l'activité des opérateurs (Lhuilier, 2009) ? Comment intervenir et développer l'action sur le travail à l'échelle de l'organisation et pas seulement dans tel ou tel atelier ou service ? Comment aider les acteurs à raisonner en termes de « ressources » plutôt que de « risques » (Clot, 2010, p. 102) ? » (Sarnin et coll., 2012, p. 253). Nous avons vu que, au-delà de solutions pratico-pratiques pour résoudre les tensions du travail, l'action a modifié la culture de l'organisation et, dans ce cas précis, la culture de la discussion. Or, « cultiver les ressources de l'instance Transpersonnelle » nous renvoie aux théories psychanalytiques. « Ces théories et concepts, qui cherchent à éclairer ce qui « fabrique » et fait vivre le groupe, privilégient bien sûr les dimensions inconscientes du lien. Ces théorisations psychanalytiques élaborées à partir de groupes occasionnels de psychothérapie ou de formation, peuvent-elles être extrapolées aux groupes sociaux « naturels », aux groupes de travail ? Á quelles conditions ? Si on ne peut, de notre point de vue, les méconnaître, voire les rejeter au motif qu'un « collectif de travail » n'est pas un groupe de formation aux phénomènes de groupe, si on ne peut, de notre point de vue toujours,

considérer que le travail, comme activité de traitement de la réalité, suspend l'inconscient et l'imaginaire au profit des seuls processus secondaires (Lhuilier, 2006), il nous faut néanmoins repérer les réaménagements, les compléments nécessaires qui nous permettent de penser le passage du groupe thérapeutique au groupe de travail, voire au « collectif de travail ». » (Lhuilier & Litim, 2010, P. 153). La question est posée et elle convoque les recherches sur les stratégies défensives des salariés et les « idéologies défensives » du métier (Dejours, 1993 ; Molinier, 2006a) ainsi que les processus « d'illusion groupale » (Anzieu, 1971), et le concept d'appareil psychique groupal (Kaes, 1976) afin d'étudier les processus de liaison et de déliaison qui s'inscrivent dans une histoire institutionnelle, voire son mythe créateur (Nicolle & Kaes, 2008). Au-delà de la conflictualité du travail, le lien social, sa qualité comme ses conditions de développement, apparaît un objet essentiel de nos interventions en psychologie du travail et des organisations. Ainsi, dans nos interventions, la vigilance à construire, reconstruire, maintenir, développer les liens sociaux participent à la fois à notre posture professionnelle et aux processus d'intervention. La construction d'un « éco système » organisationnel favorable à la discussion est essentielle. Et, au-delà des préconisations de mise en place de comité de pilotage (Douillet, 2013), nous avons vu que l'outillage de la discussion de ces espaces nécessite une vigilance particulière afin de développer notamment les ressources de l'instance Transpersonnelle. Le processus de la collaboration à la co élaboration tel que nous l'avons décrit nous appartient. Le psychologue du travail et des organisations reste vigilant à l'inconscient qui traverse les collectifs de travail et il n'est pas question d'idéaliser un tel dispositif qui peut être mis en échec par des pulsions perverses par exemple. Une attention particulière est nécessaire aux transferts et contre transferts que nous font vivre sujet, collectif de travail et organisation.

Mais les changements culturels et le processus de la co-élaboration s'inscrivent sur une durée longue. Or, nos interventions sont le plus souvent très courtes dans les organisations. La pérennité de ce que nous pouvons impulser est une question centrale dans notre métier. Rouat et Sarnin (2013) ont traité cette problématique d'intervention en psychologie du travail et des organisations et plus précisément « les principes méthodologiques favorables à la durabilité et à la transformation des milieux de travail » (ibid, p. 58). Le processus de coopération est, d'après les auteurs, un signe de maturation des organisations. Les résultats de nos travaux montrent que nous pouvons aller au-delà de la coopération, jusqu'à la co-création en passant par une coélaboration. La recherche de Rouat (2010) révèle un indice majeur afin d'identifier les bénéfices durables d'une intervention en prévention des risques psychosociaux : « Le centrage sur la question du travail est un indice majeur de l'effet d'un processus coopératif ». (Rouat & Sarnin, 2013, p. 65).

Sommes-nous des « psychopitres » ? Ce terme a été utilisé en 1972 par Montmollin (de) dans une autocritique de la psychologie industrielle, racine de la psychologie du travail et des organisations. Le « psychopitre » serait le psychologue qui a « oublié », d'une part, qu'il se situe dans une organisation même si son statut le nomme intervenant « extérieur » et, d'autre part, d'avoir une analyse des processus contre transférentiels. En 2002, notre professeure, Michèle Grosjean, responsable de la filière psychologie du travail et des organisations à l'Université Lyon 2, nous a fait partager une rencontre avec le ministre du Travail de l'époque. Alors qu'il la remerciait de former des psychologues du travail car, disait-il, « On en a bien besoin », elle lui a répondu avec le mordant que nous lui connaissions : « Oui, mais pour quoi faire ? ». Les dernières images du film « De bon matin » (Moutout, 2011) dénoncent de façon particulièrement criante les dérives d'une psychologisation du travail sans le travail. Après l'homicide et le suicide d'un collègue sur son lieu de travail, nous assistons à un « débriefing collectif » de l'équipe de travail sous le choc des événements. S'appuyant sur un fait « divers » réel, ce film retrace avec finesse le manque d'espaces de discussion sur le travail et les processus conduisant à l'isolement des professionnels jusqu'à couper le lien d'humanité. Dans la dernière scène du film, l'activité de la psychologue consiste à contenir la violence des émotions. Accompagnons-nous un système économique comme le suggère Montmollin ? Et, par la mise en place d'espaces de discussion sur le travail, avons-nous déplacé la conflictualité du travail dans des espaces afin de réduire les tensions sociales et le pouvoir des espaces de négociations sociales ? Un des résultats de l'évaluation de la recherche-action nous a interrogée et nous l'avons signalé. Nous voudrions y revenir afin de porter à un niveau plus politique l'instauration d'espaces de discussion sur la conflictualité du travail. Nous rappelons qu'entre le début et la fin de l'intervention, nous avons évalué les évolutions des représentations du personnel après la mise en place de différents espaces de discussion sur le travail. Pour le personnel ayant répondu au questionnaire, la représentation de l'utilité des partenaires sociaux (« La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT…) ») est passée de 11 % de salariés satisfaits à très satisfaits à 5 %. La mise en place d'espaces de discussion sur le travail est un débat ancien. En 1982, en France, les lois dites Auroux (du nom du ministre qui les a instaurés) préconisent la mise en place de groupes d'expression directe des salariés. Plusieurs auteurs, notamment sociologues ont interrogé ces temps d'expression (Borzeix & Linhart, 1988 ; Martin, 1994). Nous pouvons témoigner de notre expérience de jeune professionnelle en milieu bancaire. Ces « réunions » avaient lieu une ou deux heures par mois. Elles se sont vite dévitalisées faute d'objets de discussion. Après

quelques mois d'essais, nous utilisions ce temps, individuellement, pour récupérer les retards sur des dossiers en l'absence des clients. Nous avons eu également l'occasion d'assister à des débats syndicaux locaux. Ces groupes d'expression de salariés étaient perçus comme venant remplacer insidieusement d'autres instances comme les débats des délégués du personnel sur les conditions de travail. Aussi, où les objets du travail se parlent, s'échangent, se disputent, se négocient ne sont pas sans incidence politique pour penser le travail et le discuter. Nous distinguons volontairement les échanges sur le travail de leur dispute et de leur négociation. Sans vouloir être simpliste, et en faisant référence à l'expérience que nous avons retracée dans ce travail de recherche, nous avons vu que « parler et échanger » sur les tensions du travail s'est « joué » entre professionnels d'un même métier lorsque nous avons mis en place des discussions sur le métier. La controverse s'est exprimée lorsque des règles de métier (ou de la prescription) ont être trouvé pour réaliser l'activité (axe de développement de l'activité qui relie les instances Impersonnelle et Interpersonnelle du cadre conceptuel que nous avons proposé) ; c'est-à-dire dans des espaces de décision après discussion. La controverse de l'activité appartient à ceux qui la réalise et qui l'organise, c'est-à-dire à un niveau local et méso de la discussion : les professionnels de terrain et leur encadrement ; l'encadrement devant porter auprès de la direction ce qui lui appartient de valider si la décision devient politique et/ou budgétaire. Nous avons vu le bénéfice en termes de santé et de « santé vivante » se caractérisant par des salariés « acteurs ».

Lors de l'analyse des objets de discussion, nous avons été surprise de constater que les professionnels de terrain, comme les encadrants, ont fait émerger des situations de travail qui leur appartenaient à un niveau local. La discussion « politique et stratégique » comme la baisse des effectifs n'a jamais eu lieu dans les espaces proposés. Et nous nous inquiétons de savoir si notre action n'a pas participé à éteindre cette discussion ; même si elle a eu lieu, à l'annonce de la restructuration, dans des espaces globaux où cet objet de travail politique (la baisse des effectifs) a tenté de se négocier. Nous renvoyons à l'article récent de Borzeix et coll. (2015) : « Ouverture vertueuse aux voix de chacun pour certains, la participation au travail s'apparente pour d'autres à une forme sournoise de domination consentie. Dépasser cette opposition suppose d'abord de s'enquérir de ce que participer veut dire dans un environnement caractérisé par l'asymétrie de la relation salariale, et d'en identifier les ambiguïtés constitutives. Il importe, ensuite, de se doter d'outils permettant de problématiser les rapports entre travail et démocratie. » (Borzeix & coll, 2015, p. 1). Est-ce que, dans la finalité de nos interventions, ne devons-nous pas rajouter au critère « santé » le critère « Démocratie » ?

Au-delà de la question du travail et des organisations, notre métier de psychologue du travail et des organisations en santé au travail place au cœur des débats l'objet de la santé. Nous avons défini une santé « vivante », au-delà d'une absence de maladie et qui se caractérise par le pouvoir d'agir des professionnels à chaque niveau hiérarchique. Les espaces de discussion articulent discussion et décision entre les différentes strates. L'éco système organisationnel favorable à la discussion intègre le lien de subsidiarité, en prend soin. Mais pour que cette philosophie de l'action infuse dans les cultures des organisations, l'objet « santé » demande à être débattu entre les différents acteurs. Quelle santé visons-nous dans nos interventions ? Et les représentations demandent à être partagées avec nos interlocuteurs dès la négociation d'une intervention en prévention des risques psychosociaux.

Nous pouvons également interroger le lien de subordination inhérent au salariat : quels sont ses incidences sur la santé « vivante » des individus et des collectifs de travail ? L'analyse de l'activité de notre métier de psychologues du travail et des organisations en statut libéral montre qu'elle n'exclut pas le collectif de travail. Notre intervention en recherche-action a mobilisé trois intervenantes en statut libéral. Cette expérience de travail collectif aurait été intéressante à modéliser. Nous en témoignons seulement en laissant aux lecteurs la possibilité de poser des hypothèses. Le lien repose sur le respect mutuel et la conscience professionnelle partagée. Alors qu'avec les cadres nous n'avons pas dépassé le stade de la co élaboration, nos liens professionnels se sont « frottés » aux aléas de l'intervention, aux modifications. Nous avons construit un lien qui s'est raffermi avec le temps et la négociation des événements. De la collaboration, nous avons vécu la coopération pour aboutir à la co élaboration des processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail. Entre nous trois, actrices chercheuses de cette recherche-action, nous avons franchi une étape, celle de la co création. Pourquoi, entre nous et pas avec les cadres ? Est-ce que la question du métier partagé, le geste du métier et de la négociation des règles du métier sont possibles seulement si on partage le même métier et surtout ce quelque chose d'indéfinissable qui se niche au cœur de l'instance Transpersonnelle ?

BIBLIOGRAPHIE

Abord de Chatillon, E. (2003). L'audit de stress au travail: un audit de santé de l'organisation? *Performances, 12,* 29-36.

Abord de Chatillon, E., & Bachelard, O. (2005). *Management de la santé et de la sécurité au travail*. Paris : L'Harmattan.

Alarcon, G. M., Edwards, J. M., & Menke, L.E. (2011). Student burnout and engagement: A test of the conservation of resources theory. *Journal of psychology, 145*(3), 211-227. Doi:10.1080/00223980.2011.555432

Almudever, B., Croity-Belz, S., & Hajjar, V. (1999). Sujet proactive et sujet actif : deux conceptions de la socialisation organisationnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle, INETOP, 28*(3), 421-446.

Almudever, B. (2010). Problématique des risques psychosociaux et médecine du travail : processus de construction de nouveaux objets et rôles professionnels. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 71*(3), 275-279.

Almudever, B. (2012). Sciences de gestion et psychologie du travail : ouverture d'un débat (I). *Le travail humain, 75*(1), 19-22.

Althaus, V. (2013). *Élaboration et mise en œuvre d'une démarche d'intervention systémique pour les PME : construction théorique et application pratique dans cinq entreprises* (Thèse). Université de Lorraine, Nancy.

Alter, N. (2009). *Donner et prendre. La coopération en entreprise.* Paris : La Découverte.

Altmann, L. (2000). *Évaluation du stress chez le personnel de l'ANPE.* Thèse de médecine du travail. Faculté de médecine de Strasbourg.

ANACT. (2014a). Définition du concept de Qualité de Vie au Travail, récupéré sur le site : http://www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p_thingIdToShow=35617774

ANACT. (2014b). Démarche d'évaluation des dispositifs de prévention des risques psychosociaux, récupéré sur le site : http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=41471658

Anzieu, D. (1971). L'illusion groupale. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 4, 73-93.

Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.

Anzieu D., & Martin, J.Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF.

Arendt, H. (1994). *Condition de l'homme moderne.* Paris : Pocket.

Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 104, 423-437.

Arnaud, S. (2008). Le management humaniste : enjeux, obstacles et outils. *Revue internationale de psychosociologie*, 34, 207-224.

Aubé, C., Rousseau, V. & Savoie, A. (2006). Les interventions régulatrices groupales et le rendement des équipes de travail : un modèle théorique. *Le travail humain*, *3*(69), 269-294. Doi : 10.3917/th.693.0269

Aubert N., & Gaulejac de V. (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris : Le Seuil.

Aubert, N., Gruère, J.P., Jabes, J., Laroche, H., & Enlart, S. (2009). *Management : aspects humains et organisationnels.* Paris : PUF Fondamental.

Aucouturier, V. (2010). *Les approches cliniques du travail dans la littérature anglo-saxonne*. Récupéré sur le site : http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Psychologie-clinique-anglo-saxonne.pdf

Azkenazy, P. (2004). *Les désordres du travail. Enquêtes sur le nouveau productivisme.* Paris : Seuil.

Askenazy, P., Cartron, D., Coninck de F., & Gollac, M. (2006). *Organisation et intensité du travail.* Toulouse : Octarès.

Bachelard, G. (1953). *Le Matérialisme rationnel*. Paris : PUF, Bibliothèque de philosophie contemporaine.

Bakhtine, M. (1926). Le discours dans la vie et le discours dans la poésie. In M. Bakhtine (Eds). *Le principe dialogique. Écrits du Cercle de Bakhtine* (pp. 124-132). Paris, Le Seuil, 1981.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck.

Baptiste, A., Belisle, C., Pechenart, J.M., & Vacheret, C. (1991). *Photolangage. Une méthode pour communiquer en groupe par la photo.* Paris : Les Editions d'Organisation.

Bareil, C. (2004). La résistance au changement : synthèse et critique des écrits. *Cahier du management, HEC Montréal*, *4*(10), 2-17.

Bareil, C. (2009). *Gérer le volet humain du changement.* Canada : Les éditions Transcontinental.

Barel, Y. & Frémeaux, S. (2010). Les motifs de la déviance positive. *Management et avenir*, *2*(32), 91-107.

Barkat, S.-M. (2008). L'autorité et le travail. Les enjeux de la limite et de l'excès. In Hubault, F. (Eds.), *Pouvoir d'agir et autorité dans le travail.* (pp. 3-13). Toulouse : Octarès.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In R. Bar-On and J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school and in the workplace* (pp. 363- 388). San Francisco : Jossey-Bass Inc. Publishers.

Barthod-Prothade, M. (2012). Le bien-être donne-t-il un sens au travail ? *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 46*(XVIII), 123-157. Doi : 10.3917/rips.046.0123

Barus-Michel, J. (2012). De la horde sauvage à la belle équipe. *Nouvelle revue de psychosociologie, 2* (14), 11-20. Doi : 10.3917/nrp.014.0011

Bass, B. (1985). *Leadership and Performance beyond expectations*. New York : Free Press.

Baudelot, C., & Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux ?* Paris : Fayard.

Beaujoint-Bellet, R. (2004). Aux sources de la flexibilité : quelles transformations ? In R. Beaujoint-Bellet (Eds.), *Flexibilités et performances. Stratégies d'entreprises, régulation, transformation du travail* (pp. 9-19). Paris : La Découverte.

Becker, H. (1985). *Les outsiders. Études de sociologie de la déviance.* Paris : Métaillé.

Begoin J. (1957). *La Névrose des téléphonistes et des mécanographes*. Thèse. Faculté de médecine, Paris.

Bélisle, C. (2014). *Photolangage. Communiquer en groupe avec des photographies. Présentation de la méthode.* Lyon : Chronique Sociale.

Benket, M. (2013). *Encaisser.* Paris : La Découverte.

Bercot, R. (2015). *Le genre du mal-être au travail.* Toulouse : Octarès.

Billard, I. (2002). Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques méditerranéennes*, 66, 11-29.

Binard, C., & Pohl, S. (2013). L'auto efficacité créative, la flexibilité cognitive et le soutien à l'innovation comme antécédents du comportement innovant. *Psychologie du travail et des organisations, 20*(4), 354-366.

Biron, C., Gatrell, C., & Cooper, C.-L. (2010). Autopsy of a failure: Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention. *International Journal of Stress Management, 17*(2), 135-158.

Bissuel, B. (2009). Les accidents du travail, un marché lucratif pour les cost killers. *Le Monde*, 5 janvier 2009. D'après le rapport présenté par Olivier Fouquet, président de section au Conseil d'État.

Blanchard-Laville, C., & Fablet, D. (1993). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Blanchard-Laville, C., & Nadot, S. (2004). Analyse de pratiques et professionnalisation entre affect er représentation. *Connexions, 2*(82), 119-142. Doi : 10.3917/cnx.082.0119

Blondeau, S. (2004). Du groupe à la parole à l'hôpital. *Connexions, 2*(82), 19-48. Doi : 10.3917/cnx.082.0019

Bobillier-Chaumon, M.-E. & Sarnin, P. (2012). *Manuel de psychologie du travail et des organisations.* Bruxelles : De Boeck.

Boltanski, L. (1982). *La formation d'un groupe social*. Paris : Minuit.

Boltanski L., & Thévenot L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.

Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.

Borzeix, A. & Linhart, D. (1988). La participation : un clair-obscur. *Sociologie du travail, 30*(1), 37-53.

Borzeix, A., Charles, J., & Zimmermann, B. (2015). Réinventer le travail par la participation. Actualité nouvelle d'un vieux débat. *Sociologie du travail*, 57, 1-19.

Bouayad, A. (2000). *Stratégie et métier de l'entreprise*. Paris : Dunod.

Bouffartigue, P. (2001). *Cadres : la grande rupture*. Paris : La Découverte.

Bouilloud, J.-P. (2012). *Entre l'enclume et le marteau. Les cadres pris au piège.* Paris : Seuil.

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible.* Paris : Seli Arslan.

Bove, L. (1996). *La stratégie du conatus. Affirmation et résistance chez Spinoza.* Paris : Vrin.

Brami, L., Damart, S., Detchessahar, M., Devigne, M., Habib, J., Kletz, F., & Krohmer, C. (2014). *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir.* Paris : Presses des Mines.

Brun, J.-P. (2010). *Management d'équipe. 7 leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail*. France : Eyrolles.

Brun, J.P. & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion, 30*, 79-88. Doi : 10.3917/riges.302.0079

Brunel, V. (2004). *Les managers de l'âme*. Paris : La Découverte.

Brunel, V. (2008). Accompagner les encadrants publics pour soutenir leur processus de subjectivation au travail. *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*(13), 169-179.

Bruner, J. (1991). *Acts of Meanings*. Cambridge : Harvard University Press.

Brunet, S. (2013). *La prévention des risques psychosociaux.* Rapport du Conseil Economique et Social. Paris : Les éditions du Journal Officiel. Récupéré sur le site :

http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2014/prevention_risques_psychosociaux_brunet_ces_chsct.pdf

Bué J., Coutrot T., Guignon N., & Sandret N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Revue française des affaires sociales, 2*(3), 45-70.

Burnonville, F., & Debard, A. (2013). Le suicide au travail : comment intervenir ? *Revue Gestion HEC Montréal*, 37, 26-32.

Cady, E. (2014). *La petite voix. Méditations quotidiennes.* Gap : Le souffle d'or.

Caillé, A., & Grésy, J.E. (2014). *La révolution du don : le management repensé.* Paris : Seuil.

Canguilhem, G. (1989). *La connaissance de la vie.* Paris : Vrin.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Canini, F., & Trousselard, M. (2010). Les axes de recherche des états de stress post-traumatiques. *Perspectives Psy, 1*(49), 31-33.

Cannon, W.B. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of medical Science*, 189, 1-14.

Caroly-Flageul, S. (2002). Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisations du travail. *Pistes, 4(*1). Récupéré sur le site de la revue : http://pistes.revues.org/2696

Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. HDR. Université Victor Segalen – Bordeaux II.

Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail. Des conditions de développement des stratégies d'expérience. Comparaison de deux bureaux. *Formation et emploi*, 88, 43-55.

Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In P. Falzon (Eds.), *Ergonomie constructive* (p. 33-46). Paris, France : PUF.

Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus.* Canada : Les presses de l'Université Laval.

Carré, P. & Caspar, P. (1999). *Traité des sciences et des techniques de la formation.* Paris : Dunod.

Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes*. Paris : Seuil La couleur des idées.

Cavalier, J. (2008). 7 conseils pour une réunion efficace. *Chef d'entreprise Magazine*, 30, consulté sur internet le 20 août 2015 : http://www.chefdentreprise.com/Chef-d-entreprise-Magazine/Article/7-CONSEILS-POUR-UNE-REUNION-EFFICACE-26136-1.htm

Chanlat, J.-F. (1990). Théories du stress et psychopathologie du travail. *Prévenir*, 20, 117-125.

Chenavier, R. (2001). *Simone Weil, une philosophe du travail.* Paris : Cerf.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF Le travail humain.

Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle Revue de psychosociologie, 1*, 165-177.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF Le travail humain.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux.* Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2013). Suicides au travail : un drame de la conscience professionnelle ? *Activités, 10*(2), 39-53.

Clot, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle. *Le journal de l'école de Paris du management, 1*(105), 9-16. Doi : 10.3917/jepam.105.0009

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes, 2*(1). Récupéré sur le site de la revue : URL : http://pistes.revues.org/3833

Clot, Y., & Lhuilier, D. (2006). Perspectives en clinique du travail. Introduction. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1. 9-11.

Clot, Y., & Litim, M. (2008). Activité, santé et collectif de travail. *Pratiques psychologiques*, 14, 101-114.

Clot, Y., & Davezies, P. (2011). Des accords sur le stress qui sonnent faux. *Santé et travail*, 74, 26-29.

Clot, Y., & Stimec, A. (2013). Le dialogue a une vertu mutative, les apports de la clinique de l'activité. *Négociations, 1*(19), 113-125. Doi : 10.3917/neg.019.0113

Clot, Y., & Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable ?* Paris : Armand Colin.

Clot, Y., & Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marge de manœuvre. *Le travail humain, 1*(78), 31-52. Doi : 10.3917/th.781.0031

Codo, S., Mokounkolo, R., & Lourel, M. (2015). Gérer les nombreux conflits de rôle pour réduire le stress des dirigeants de proximité. Le cas de la SNCF. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 51*(19), 55-74.

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, 1*(119), 53-61.

Collomb, B., & Rouvillois, S. (2011). *L'entreprise humainement responsable.* Paris : Desclée de Brouwer.

Conjard, P. (2014). *Le management du travail, une alternative pour améliorer bien-être et efficacité au travail.* Lyon : ANACT.

Conjard, P., & Journoud, S. (2013). Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail. *Management & Avenir,* 63, 81-97.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Cornaton, M. (1998). *Le lien social.* Limonest : L'Interdisciplinaire.

Cornaton, M. (2012). *Pourquoi travaillons-nous.* Paris : L'Harmattan.

Cottraux J. (2007). *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Paris : Odile Jacob.

Cooper, C.L., & Cartwright, S. (1994). Healthy mind, healthy organization. A proactive approach to occupational stress. *Human Relations,* 47, 455-471.

Courtet, C., & Gollac, M. (2012). *Risques du travail, la santé négociée*. Paris : La Découverte.

Crocq, L. (1992). Paniques collectives et peurs immémoriales. *Psychologie médicale,* 24, 425-432.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système.* Paris : Seuil.

Cru, D. (2014). *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics.* Paris : Erès, Clinique du travail.

Dab, W. (2008). *La formation des managers et ingénieurs en santé au travail*. Rapport à la demande du ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et du ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche. Récupéré sur le site : http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2008/17/4/Synthese_du_rapport_du_Pr_William_Dab_31174.pdf .

Dagenais-Desmarais, V., & Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail ? *Gestion, 3*(35), 69-77. Doi : 10.3917/riges.353.0069

Daklaoui, A. (2011). Conditions de travail et risques professionnels : synthèse et analyse de la littérature. *Management et avenir, 1*(41), 35-49.

Damasio, A. (1994). *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York : G. P. Putnam's Sons.

Daniellou, F. (1996). Introduction. Questions épistémologiques autour de l'ergonomie. In F. Daniellou (Eds), *L'ergonomie en quête de ses principes* (pp. 1-17). Toulouse : Octarès.

Daniellou, F. (2009, mars). *L'ergonomie et les débats sur la performance de l'entreprise.* Papier présenté aux 16e journées sur la pratique de l'ergonomie, Bordeaux.

Daniellou, F. (2014, octobre). *Le travail des encadrants, le point de vue d'un ergonome.* Papier présenté au colloque « Management et bien-être à l'hôpital », Saint Etienne.

Récupéré sur le site :
http://www.hopitaldugier.fr/fichiers_site/a2646int/contenu_pages/actes-daniellou.pdf

Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation permanente,* 116, 33-46.

Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances, stratégies et facteur humain,* 1, 4-7.

Davezies, P. (2004). Les impasses du harcèlement moral. *Travailler,* 11, 83-90.

Davezies, P. (2011). Des origines de la souffrance mentale à sa prévention. *Santé et Travail,* 76. Récupéré sur le site de Philippe Davezies :
http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Developpement_prevention_souffrance_au_travail_2011.pdf

Davezies, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Pistes, 14*(2). Récupéré sur le site de la revue : http://pistes.revues.org/2566

Davezies, P. (2014). L'individualisation du rapport au travail : un défi pour le syndicalisme. *ETUI Policy Brief, 3*, 1-6. Récupéré sur le site de la revue :
https://www.etui.org/fr/Publications2/Policy-Briefs/European-Economic-Employment-and-Social-Policy/L-individualisation-du-rapport-au-travail-un-defi-pour-le-syndicalisme

Davis, L., & Cherns, A. (1975). *The quality of working life*. New York : The free press.

Debard, A. (2005). Violences au travail. Éléments de compréhension sur la prise en compte de ces situations en France. *Canal Psy,* 69, 12-18.

Debard, A. (2013). La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants : le métier comme repère des ressources psychosociales. *Les cahiers des RPS,* 21, 28-33.

Debout, M. (2015). *Le traumatisme du chômage.* Ivry sur Seine : Les Éditions de l'Atelier.

Debout, M., & Larose, C. (2003). *La violence au travail*. Paris : L'atelier.

Debout, M., & Clavairoly, G. (2012). *Le suicide : un tabou français.* Paris : Pascal & Mutualité Française.

Deci, E.-L., & Ryan, M. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.

Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 2, 41-52.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.

Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*. Paris : Bayard.

Dejours, C. (2005). Nouvelles formes de servitude et suicide. *Travailler, 13*(1), 53-73.

Dejours, C. (2013). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation.* Nancy : Bialec.

Dejours, C. (2009). *Travail vivant. 1 : Sexualité et travail.* Paris : Payot.

Dejours, C. (2009). *Travail vivant. 2 : Travail et émancipation.* Paris : Payot.

Dejours, C., & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*(13), 75-91. Doi : 10.3917/nrp.013.0075

De La Garza, C. (1998). Le travail collectif en tant qu'activité de régulation. *Performances humaines et techniques*, 96, 20-29.

Delobbe, N. (2009). *Bien-être au travail et performance organisationnelle.* Rapport réalisé à la demande du Service Public Fédéral, Emploi, Travail et Concertation Sociale. Université catholique de Louvain, Louvain La Neuve.

Deloche, F. (2006). Estime de soi, management et management de l'estime de soi : une nouvelle voie pour un management humaniste des hommes ? Approche théorique. Mémoire de Master II, IREGE, Annecy.

Delzescaux, S. (2009). Harry Potter ou les chemins insolites de la résistance. *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*(7), 85-100. Doi : 10.3917/nrp.007.0085

Desmarais, C. (2010). *La naissance du manager*. Université de Savoie, IREGE, Chambéry. Récupéré sur le site : http://www.chaires-iae-grenoble.fr/commun/pdf/documents/46570NaissanceManager174708.pdf

Desmarais, C., & Abord de Chatillon, E. (2010). Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance. *Revue française de gestion, 6*(205), 71-88.

Desmarais C., & Dubouloy M. (2010). Une double grille d'analyse pour évaluer les situations de cadres en difficulté : du contrat psychologique au contrat narcissique. *Nouvelle revue de psychosociologie, 2*(10), 223-242.

Detchessahar, M. (2003). L'avènement de l'entreprise communicationnelle. *Revue française de gestion, 142*, 65-84.

Detchessahar, M. (2011). Santé au travail quand le management n'est pas le problème, mais la solution. *Revue française de gestion, 37*(214), 89-105.

Detchessahar, M. (2011). Management et santé. *Revue française de gestion, 5*(214), 65-68.

Detchessahar, M. (2012). Santé au travail, l'enjeu du management. In C. Courtet & M. Gollac (Eds.), *Risques du travail, la santé négociée* (pp. 233-247). Paris : La Découverte.

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations, 1*(19), 57-80. Doi : 10.3917/neg.019.0057

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations, 19*, 57-80.

Detienne, M., & Vernant, J.-P. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La Métis des Grecs.* Paris : Flammarion.

Dinu Gheorghiu, M., & Moatty, F. (2011). La violence dans le travail hospitalier. In M. Dressen et J.-P. Durand (Eds.), *La violence au travail* (pp. 39-51). Toulouse : Octarès.

Dionne, L. (2009). Analyser et comprendre le phénomène de la collaboration entre enseignants par la théorie enracinée : regard épistémologique et méthodologique. *Recherches Qualitatives. 28*(1), 76-105.

Douillet, P. (2010). Risques psychosociaux : un concept opérant pour transformer l'organisation du travail ? *Nouvelle revue de psychosociologie, 2*(10), 167-178 Doi : 10.3917/nrp.010.0167

Douillet, P. (2013). *Prévenir les risques psychosociaux.* Lyon : ANACT.

Dressen, M., & Durand, J.-P. (2011). *La violence au travail.* Toulouse : Octarès.

Drucker, P. (1954). *La pratique de la direction des entreprises*. Paris : Éditions d'Organisation.

Dubouloy, M., & Harribey, L. (2008). Managers globalement responsables : pour une approche transdisciplinaire. *Finance and the Common Good, 1*(30), 50-57.

Durat, L., & Bartoli, A. (2014). La face cachée des risques psycho-sociaux : pour une requalification managériale et organisationnelle. *Gestion et management public, 3*(1), 17-43. Doi : 10.3917/gmp.031.0017

Dujarier, M.-A. (2006). *L'Idéal au travail*. Paris : PUF Collection Partage des savoirs.

Dujarier, M.-A. (2015). *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail.* Paris : La Découverte.

Dumas, M., & Ruiller, C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines, 1*(87), 42-58. Doi : 10.3917/grhu.087.0042

Dupuy, F. (2011). *Lost in management. La vie quotidienne des entreprises au XXIe siècle.* Paris : Seuil.

Dupuy, F. (2015). *La faillite de la pensée managériale.* Paris : Seuil.

Durat, L. & Bartoli, A. (2014). La face cachée des risques psycho-sociaux pour une requalification managériale et organisationnelle. *Gestion et management public, 3*(1), 17-43. Doi : 10.3917/gmp.031.0017

Dutton, J.-E., Ashford, S.-J., & O'Neil R.M. (1997). Reading the wind: How middle managers assess the context for selling issues to top managers. *Strategic Management Journal*, *18*(5), 407-423.

Easterlin, R.-A. (1974). Does economic growth improve the human lot ? Some empirical evidence. In P. David et M. Reder (Eds.), *Nations and households in economic growth : essays in honour of moses abramovitz*, (pp. 89-125). New York : Academie Press.

Eddaîkra, L. (2013). *Corps de métiers ; essai de définition d'une pratique audio-visuelle collective sur le travail*. Mémoire de Master 1. Université de Paris Ouest-Nanterre. Récupéré sur internet : http://62.4.12.33/adelaide/web/uploads/textFiles/MEMOIRE%20CORPS%20DE%20METIERS.pdf

Emery, F., & Trist, E. (1965). The causal texture of organizational environments. *Human Relations*, *18*, 21-32.

Ey, H. (1975). *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Toulouse : Privat.

Fablet, D. (2004). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. *Connexions*, *2*(82), 105-117. Doi : 10.3917/cnx.082.0105

Falzon, P. (2005). Ergonomie, conception et développement. *Actes du 40e congrès de la SELF*. 21-23 septembre. La Réunion. 30-39.

Falzon, P., Dicioccio, A., Mollo, V., & Nascimento, A. (2014). Qualité réglée, qualité gérée. In D. Lhuilier (Eds.), *Qualité du travail, qualité au travail* (pp. 27-37). Toulouse : Octarès.

Faulx, F., Erpicum, F., & Horion, F. (2005). Effet Gavroche et relations hyperconflictuelles de travail. *Interactions. 9*(1), 89-117.

Faulx, D., Delvaux, S., & Manfredini, T. (2007). Á la rechercher des indicateurs de conflits graves : les représentations des professionnels de l'intervention en situation de conflit. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale. 3*(75-76), 105-115.

Fayol, H. (1918). *L'administration industrielle et générale*. Paris : Dunod.

Flocco, G. (2011). Violences et nouvelles exigences managériales. In M. Dressen et J.-P. Durand (Eds.), *La violence au travail* (pp. 171-175). Toulouse : Octarès.

Florès, J.-L., & Isnard, E. (1992). *Étude des situations de travail à forte charge physique des individus vieillissants travaillant aux remontées mécaniques des stations d'hiver.* Rapport pour le ministère de la recherche et de la technologie. Université Claude Bernard.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, *46*(4), 839-852.

Fournier, P.-S. (2004). Soutenir le développement de compétences par la conception d'aides à l'apprentissage sur le cours de vie professionnelle. *Relations industrielles, 59*(4), 744-768. Doi : 10.7202/011337ar

Fournier, P.-S., Montreuil, S., Brun, J.-P., Bilodeau, C., & Villa, J. (2010). *Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité. Étude de cas dans le secteur des services.* Rapport IRSST R-668. Récupéré sur le site : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-668.pdf

Gaillard, G. (2004). Appelés à investir, conviés à l'abstinence. L'intervention en analyse de pratique et « l'arrière-fond » institutionnel. *Connexions, 2*(82), 57-69.

Gatka, H. (2014). *Qualité de vie au travail. Les risques psychosociaux : la partie émergée de l'iceberg.* Récupéré sur le site web de Directhopital.com, http://www.directhopital.com/Qualite-de-vie-au-travail--les-risques-psychosociaux-partie-emergee-de-l-iceberg-NS_1338.html

Gaubert, T. (2012). Activités et développement. In M.-E. Bobillier-Chaumon. & P. Sarnin (Eds..), *Manuel de psychologie du travail et des organisations* (pp. 183-198). Bruxelles : De Boeck.

Gaulejac, V. de. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social.* Paris : Seuil.

Gaulejac, V. de. (2011). *Travail, les raisons de la colère.* Paris : Seuil.

Gaulejac, V. de., & Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou.* Paris: Seuil.

Giust-Desprairies, F. & Giust-Desprairies, A.-N. (2010). La fabrication du risque psychosocial ou la neutralisation de la conflictualité. *Nouvelle revue de psychologie, 2*(10), 29-40.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory : strategies for qualitative research.* Chicago : Aldine de Grayter.

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction.* Paris : Les Éditions de Minuit.

Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience.* Paris : Les Éditions de Minuit.

Gollac, M., & Volkoff, S. (2000). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales,* 163, 4-17.

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. INSEE. Récupéré sur le site du Ministère : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Golsorkhi, D. (2006). *La fabrique de la stratégie, une perspective multidimensionnelle.* Paris : Vuibert.

Gosselin, E. (2005). Contribution à une synthèse des connaissances sur la satisfaction dans la vie. *Revue de l'Université de Moncton*, *36*(2), 131-169. Doi : 10.7202/014502

Gouédard, C., & Rabardel, P. (2012). Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? *Pistes, 14*(2). Récupéré sur le site de la revue : http://pistes.revues.org/2808

Goussard, L. (2011). Le nomadisme dans l'entreprise : une nouvelle source de violence. In M. Dressen et J.P. Durand (Eds.). *La violence au travail* (pp. 115-125). Toulouse : Octarès.

Grasset, Y., Debout, M., Rouat, S., & Bachelard, O. (2011). *Risques psychosociaux au travail. Vraies questions, bonnes réponses.* Paris : Liaisons.

Gravel, C., & Gravel, M. (2012). *Nouveau management du capital humain.* Canada : Presses de l'Université du Québec.

Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales.* Paris : Dalloz.

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital.* Paris : PUF.

Grosjean, V., & Ribert-Van De Weerdt, C. (2005). Vers une psychologie ergonomique du bien-être et des émotions : les effets du contrôle dans les centres d'appels. *Le travail humain, 4*(68), 355-378. Doi : 10.3917/th.684.0355

Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory : pour innover ? *Recherches Qualitatives, 26*(1), 32-50.

Guidou, N. (2014). *Conduite d'une action de santé innovante dans une collectivité locale et questionnements autour de l'engagement des acteurs institutionnels.* Papier présenté au 18ème congrès de l'AIPTLF, Florence.

Guyonvarch, M. (2011). L'investissement au travail… lorsqu'on le perd. *Travailler,* 89, 113-115.

Guyot-Delacroix, S. (1999). Diversité des processus de régulation et modalités de gestion temporelle de la conduite des trains : des recherches d'équilibre et de fiabilité. Thèse de doctorat d'Érgonomie. Paris : EPHE-LEPC.

Hanique, F. (2004). *Le sens du travail. Chronique de la modernisation au guichet.* Paris : Erès.

Haubold, B. (2009). *Les risques psychosociaux. Identifier, analyser, prévenir les risques humains.* Paris : Eyrolles.

Henri-Ménassé, C. (2004). Les convocations du silence. *Connexions, 2*(82), 71-81. Doi : 10.3917/cnx.082.0071

Hersey, P., & Blanchard, K. (1977). *Management of organizational behaviour*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.

Hersey, P., & Blanchard, K. (1982). *Management of organisational behavior: utilizing human resources* (4th ed.). New Jersey : Prentice Hall.

Herzberg, F. (1959). *The motivation to work*. New-York : Wiley.

Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris : La Découverte.

Hirigoyen, M.-F. (2004). *Malaise dans le travail : harcèlement moral : démêler le vrai du faux*. Paris : La Découverte.

Hobfoll, S.-E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualising stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513-524.

Hobfoll, S.-E. (2001). The influence of culture, community, and the nested self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied psychology: An International review*, *50*(3), 337-421.

Hobfoll, S.-E., & Shirom, A. (1993). Stress and burnout in the workplace: conservation of resources. In T. Golembiewski (Eds.), *Handbook of Organizational Behavior* (pp. 41-61). New York : Dekker.

Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C.-L. (2001). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence stress-free working environment*. Genève : Report commissioned by the International Labour Organization (ILO).

Hommes & Performance et EMLyon Business School en partenariat avec l'APEC (2011). *Développer la performance managériale : ce que font vraiment les entreprises.* Enquête. Récupéré sur le site : https://cadres.apec.fr/Emploi/Marche-Emploi/Les-Etudes-Apec/Les-etudes-Apec-par-annee/Les-archives-des-etudes-Apec/Developper-la-performance-manageriale

Honneth, A. (2006). *La Société du mépris*. Paris : La Découverte.

Hubault, F. (2010). *Pouvoir d'agir et autorité dans le travail.* Toulouse : Octarès.

Huez, D. (2008). *Souffrir au travail. Comprendre pour agir.* Paris : Privé.

Humbert, C. (2010). Conduire une formation-action en situation de crise. *Connexions*, *2*(94), 175-188. Doi 10.3917/cnx.094.0175

Husser, J. (2011). Le pilotage des équipes hospitalières par le management quotidien d'articulation. *Vie & sciences de l'entreprise, 3*(189), 23-45. Doi : 10.3917/vse.189.0023

INRS (2013). *Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider*. Paris : Corlet. Récupéré sur le site de l'INRS : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206012

Ilies R., Morgeson F., & Nahrgang J. (2005). Authentic leadership and eudemonic wellbeing: Understanding leader-follower outcomes. *Leadership Quarterly*, *16*(3), 373-394.

Iribarne, P. d'. (1989). *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales.* Paris : Seuil.

Iribarne, P. d'. (2011). Les cultures et les performances. *Réalités industrielles, Annales des Mines*, 2, 18-23.

Jabot, F., & Bauchet, M. (2009). Glossaire. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (pp. 433-442). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Jacquot, L. (2011). Être manager opérationnel : de l'exercice de la violence à la violence de l'exercice. In M. Dressen & J .P. Durand (Eds.), *La violence au travail* (pp. 54-63). Toulouse : Octarès.

Journoud, J., & Pezé, S. (2012). La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie ? *La revue des sciences de gestion*, 233, 51-59.

Isnards, A. des, & Zuber, T. (2008). *L'open space m'a tuer.* Paris : Hachette Littératures.

Jorda, H. (2009). Du paternalisme au managérialisme. *Innovations*, 29(1), 149-168.

Judge, T.-A., Klinger, R., Simon, L.S., & Yang, I.-W.-F. (2008). The contributions of personality to organizational behaviour and psychology: Findings, criticisms, and future research directions. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1982-2000.

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe*. Paris : Dunod.

Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris : Dunod.

Kaës, R. (2009). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris : PUF.

Kalampalikis, N. (2004). Les focus groups, lieux d'ancrages. *Bulletin de psychologie, 57*(3), 471, 281-289.

Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, *2*(24), 285-308.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.

Kitzinger, J., Markova, I., & Klampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ? *Bulletin de psychologie, 57*(3), 471, 237-243.

Kolb, D.-A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and developement.* Englewoods Cliffs New Jersey : Prentice Hall.

Kostulski, K., Clot, Y., Litim, M., & Plateau, S. (2011). L'horizon incertain de la transformation en clinique de l'activité : une intervention dans le champ de l'éducation surveillée. *Activités, 8*(1), 129-145.

Kotzé, M., & Venter, I. (2011). Les différences au niveau de l'intelligence émotionnelle entre les dirigeants efficaces et les moins efficaces dans le secteur public : étude empirique. *Revue Internationale des Sciences Administratives, 2*(77), 405-439. Doi : 10.3917/risa.772.0405

Künzi, G., Vicario, A., Künzi, D., & Jeandet, C. (2006). *Harcèlement sur le lieu de travail. L'entreprise en question.* Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.

Kurke, L.-B., & Aldrich, H.-E. (1983). Mintzberg was right!: a replication and extension of the nature of managerial work. *Manage Sciences*. 29, 975–984.

Lacan, J. (1933). *Motifs du crime paranoïaque : le crime de sœurs Papin.* Paris : Le Minotaure.

Lachmann, H., Larose, C., & Penicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. Rapport réalisé à la demande du Premier ministre français. Récupéré sur le site : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/RapportHenri_LACHMANN_-Bien-etre_et_efficacite_au_travail-.pdf

Lagache, D. (1956). Sur le polyglottisme dans l'analyse. *La psychanalyse,* I, 167-178.

Lagabrielle, C., & Laberon, S. (2014). *Santé au travail et risques psychosociaux. Tous préventeurs ?* Paris : L'Harmattan.

Lahy, J.-M., & Pacaud, S. (1948). *Étude d'un métier. Mécaniciens et chauffeurs de locomotives*. Paris : PUF.

Lalande A. (1951). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : PUF.

Lanouzière, H. (2011). La prévention des risques psychosociaux du point de vue du Code du travail. *Semaine sociale Lamy,* 1480, 6-11.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Laporte, J., & Debard, A. (2008). Risques suicidaires. In VTE (Eds.), *Risques psychosociaux au travail, vraies questions, bonnes réponses* (pp. 141-153). Paris : Liaisons.

Laville, A. (1995). Santé, Travail et Ergonomie : quelques réflexions à propos d'un article de Christophe Dejours. *Le Travail humain, 58*(4), 367-369.

Lazarsfeld, P. (1969). An episode in the history of social research: a memoir. In D. Feleming, & B. Bailyn (Eds), *The intellectual migration: Europe-America, 1930-1960.* (pp. 270-337). Cambridge : Harvard university press.

Lazarus, S., & Foklman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York : Springer.

Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris : Dunod.

Le Deist, F. (2013). *Restructurations et santé au travail : regards pluridisciplinaires.* Toulouse : Octarès.

Lefebvre, B., & Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail.* Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.

Le Bossé Y. (2007). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible ? *Site de l'Association Nationale des Assistants de services sociaux*. Récupéré sur le site : http://anas.travail-social.com/

Le Bossé Y. (2008). Penser pour agir. L'impératif d'une praxis scientifique dans le champ des pratiques sociales. *Nouvelles Pratiques Sociales, 21*(1), 159-166

Le Goff, J.P. (2005). *Les illusions du management. Pour le retour du bon sens.* Paris : La Découverte Poche.

Le Guillant, L. (1963). L'affaire des sœurs Papin. *Les temps modernes*, 216, 869-913.

Le Guillant, L. (1985). *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Paris : Erès.

Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes.* Paris : Dunod.

Leplat, J. (1994). Collective activities in work: some lines of research. *Le Travail humain*, 57, 209-226.

Leplat J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie*. Toulouse : Octarès

Leplat, J. (2008). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie.* Paris : PUF.

Leplat, J., & Hoc J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive, 3*(1), 49-63.

Levet, P. (2013). Des risques psychosociaux à la qualité de vie au travail. Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT. *Négociations, 1*(19), 97-111. Doi : 10.3917/neg.019.0097

Lewin, K. (1935). *Psychologie dynamique.* Paris : PUF.

Lewin, K. (1948). *Resolving Social conflict*. New York : Harper Collins.

Leymann, H. (1996). *La persécution au travail.* Paris : Seuil.

Lhuilier, D. (2002). *Placardisés : des exclus dans l'entreprise*. Paris : Seuil.

Lhuilier, D. (2005). Le sale boulot. *Travailler*, 14, 73-98.

Lhuilier, D. (2006). *Cliniques du travail.* Paris : Erès.

Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions, 1*(91), 85-101. DOI 10.3917/cnx.091.0085

Lhuilier, D. (2011). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie,* 10, 11-28.

Lhuilier, D. (2014). *Qualité du travail, qualité au travail.* Toulouse : Octarès.

Lhuilier, D., & Roche, P. (2009). La résistance créatrice. *Nouvelle revue de psychosociologie,* 7. 7-18.

Lhuilier, D., & Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements, 2*(58), 85-96. Doi : 10.3917/mouv.058.0085

Lhuilier, D., & Litim, M. (2010). « Crise du collectif » et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail. *Connexions, 2*(94), 149-173. Doi : 10.3917/cnx.094.0149

Lhuilier, D., Giust Desprairies, & F., Litim, M. (2011). Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ? Introduction. *Nouvelle revue de psychosociologie,* 10, 7-10.

Linhart, D. (2002). *Perte d'emploi, perte de soi.* Paris : Erès.

Linhart, D. (2004). *La modernisation des entreprises* (2é éd.). Paris : La Découverte.

Linhart, D. (2009). *Travailler sans les autres ?* Paris : Seuil.

Linhart, D. (2009). Les conditions paradoxales de la résistance au travail. *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*(7), 71-83. Doi : 10.39117/nrp.007.0071

Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*. Paris : Erès.

Liu, M. (1997). *Fondements et pratiques de la recherche-action.* Paris : L'Harmattan.

Livian, Y.-F. (2006). *Être cadre, quel travail ?* Lyon : ANACT.

Mac Gregor, D. (1960). *The Human Side of Enterprise*. New York : McGraw-Hill.

Maggi, B. (1996). La régulation du processus d'action de travail. In P. Cazamian, P. Hubault & N. Moulin (Eds.), *Traité d'ergonomie* (pp. 637-662). Toulouse : Octarès.

Maisonneuve, J., & Pinel, J.-P. (2004). Dialogue autour des groupes. *Connexions, 2*(82), 9-18 ; Doi : 10.3917/cnx.082.009

Mandell, B., & Pherwani, S. (2003). Relationship between emotional intelligence and transformational leadership style: a gender comparison. *Journal of business and psychology, 17*(30), 387-404.

Martin, D. (1994). *Démocratie industrielle. La participation directe dans les entreprises*. Paris : PUF.

Martin, O. (2009). *L'enquête et ses méthodes : l'analyse des données quantitatives.* Paris : Armand Colin.

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50, 370-396.

Mauss, M. (1924). *Essai sur le don.* Paris : L'Année Sociologique.

Mayo, E. (1933). *The Human Problems of an Industrialized Civilization*. New York : Macmillan.

Méda, D. (2010). *Le travail.* Paris : PUF.

Merceron, J.-L. (2012). *Principe de subsidiarité et management des organisations : vers une autre gouvernance ?* Mémoire Master 2. Conseil et Recherche de l'Université de Nantes.

Millanvoye, M., & Colombel, J. (1996). Age et activité des opérateurs dans une entreprise de construction aéronautique. In R. Patesson (Eds), *Intervenir par l'ergonomie* (vol. 2, pp. 39-46). Actes du XXXIIe Congrès de la SELF. Bruxelles : Creatic

Mintzberg, H. (1973). The Nature of Managerial Work. New York : Harper & Row.

Mintzberg, H. (2005). *Des managers, des vrais ! Pas des MBA.* Paris : Organisation.

Miossec, Y. (2011). *Les instruments psychosociaux de la santé au travail. Le cas des managers de proximité de l'industrie électrique.* Thèse de doctorat en psychologie du travail. Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris.

Miossec, Y. & Clot, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux au travail : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Le travail humain, 74*, 341-363.

Miossec, Y., Donnay, C., Pelletier, M., & Zittoun M. (2011). Le développement du métier : une autre voie de prévention des risques psychosociaux ? L'exemple d'une coopération entre médecins et psychologues du travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie, 10,* 195-208.

Mohib, N. (2011). Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. *Formation emploi.* 114, 55-71.

Molinié, A.-F., Gaudart, C., & Pueyo, V. (Eds.). (2012). *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*. Toulouse : Octarès.

Molinier, P. (2006a). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Petite Bibliothèque de Payot.

Molinier, P. (2006b). *L'énigme de la femme active, égoïsme, sexe et compassion.* Paris : Petite Bibliothèque de Payot.

Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité.* Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Montmollin, M., de. (1972). *Les psychopitres.* Paris : PUF.

Morin, E.-M. (1998). Le sens du travail pour les gestionnaires francophones. *Revue psychologie du travail et des organisations*, 2-3, 26-45.

Morin, E. (2006). Donner un sens au travail. *Note de recherche*. HEC Montréal. Récupéré sur le site : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-624.pdf

Morin, E. (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion, 3*(35), 34-40. Doi : 10.3917/riges.353.0034

Morin, E.-M., & Cherre, B. (1999). Les cadres face au sens du travail. *Revue française de gestion*, 126, 83 -93.

Morin, E., & Aubé, C. (2007). *Psychologie et management* (2é éd.). Montréal : Chenelière Education.

Moscovici, S. (1976). *Social influence and social change.* Londres : Academic Press.

Moscovici, S. (1984). Le domaine de la psychologie sociale. Introduction à S. Moscovici (Eds.). *La psychologie sociale.* Paris : PUF.

Moutout, J.-M. (2011). *De bon matin* (DVD). Belgique : Les films du losange.

Mucchielli, R. (2009). *Le travail en équipe*. Issy-les-Moulineaux : ESF Éditions.

Ndjaboué, R., Vézina, M., & Brissou, C. (2012). Effets des facteurs psychosociaux au travail sur la santé mentale. Une revue de littérature des études prospectives portant sur trois modèles émergents. *Travail et emploi*, 129, 23-34. Récupéré sur le site : http://travailemploi.revues.org/5515

Neboit, M., & Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique.* Toulouse : Octarès.

Neveu, V. (2004). *La confiance organisationnelle : une approche en termes de contrat psychologique.* Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Neveu, J.-P. (2012). La difficile prévention des suicides au travail. *Gestion, 37*(4), 6-15.

Nicolas, C. (2015). *Suicide et environnement organisationnel.* Bruxelles : De Boeck.

Nicolle, O., & Kaës, R. (2008). *L'institution en héritage. Mythes de fondation, transmission, transformation.* Paris : Dunod.

Nielsen, K., & Randall, R. (2012). Opening the black box. A framework for evaluating organizational-level occupational health interventions. *European Journal of Work & Organizational Psychology*. *22*(5), 601-617. Doi : 10.1080/1359432X.2012.690556

Nietzsche, F. (1882) – 1901). *Le gai savoir* (5e éd.). Paris : Société du Mercure de France.

Ogien, A. (1999). *Sociologie de la déviance.* Paris : Colin.

Osty, F. (2003). *Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorie ancrée. *Cahier de recherche sociologique,* 23, 147-181.

Parson, T. (1951). *The Social System*. New York : Free Press.

Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle : approche anthropologique du développement des adultes*. Paris : PUF.

Paumès, D. (1990). *Effets modulateurs de l'expérience professionnelle sur l'expression du vieillissement dans les tâches cognitives*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime. Université Toulouse III.

Pawin, R. (2014). Le bien-être dans les sciences sociales : naissance et développement d'un champ de recherches. *L'Année sociologique, 2*(64), 273-294.

Payaud, M.-A. (2005). L'activité du middle manager dans les grandes entreprises de services. In Y-F Livian (Eds.), *Être cadre, quel travail* (pp. 87-120). Lyon : ANACT.

Pichault, F., & Schoenaers, F. (2012). Le middle management sous pression. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 45*(XVIII), 121-150. Doi : 10-3917/rips 1.045.0121

Petit, J., Dugué, B. & Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologies. *Le Travail Humain*, 74, 391-409.

Pezé, M. (2008). *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de la consultation « Souffrance et travail » 1997-2008.* Orléans : Pearson.

Pezé, M., Saada, R., & Sandret, N. (2011). *Travailler à armes égales. Souffrance au travail : comment réagir.* Orléans : Pearson.

Prunier-Poulmaire, S. (2013). *Le bonheur au travail ? Regards croisés de dessinateurs de presse et d'experts du travail*. Paris : Le cherche midi.

Quadéri, A. (2004). Rhétorique et pragmatique dans des groupes de paroles en gériatrie. *Connexions, 2*(82), 49-55. Doi : 10.3917/cnx.082.0049

Quillerou, E., & Clot, Y. (2013). Trois conditions pour une clinique de l'activité. *Activités, 10*(2), 229-248.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2009). *Manuel de recherche en sciences sociales.* Paris : Dunod.

Rabardel P., & Beguin P. (2005). Instrument mediated activity: from subject development to anthropocentric design. Theoretical issues in ergonomics science, *6*(5), 429 -461.

Raveyre, M., & Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue Française des Affaires Sociales, 3*, 95-119.

Reynaud, J.-D. (1988). Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, 24, 5-18.

Reynaud, J.-D. (1989). *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.

Reynaud, J.-D. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle.* Toulouse : Octarès.

Richard, D. (2006). *Management des risques psychosociaux : une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion.* Thèse en Sciences de Gestion. Université de Grenoble.

Ricœur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.

Roche, P. (2014). Normativité, grande santé et persévérance en son être. *Pistes 16*(1). Récupéré sur le site de la revue : http://pistes.revues.org/3469

Roche, S. (2000). La théorie de la « vitre cassée » en France. Incivilités et désordres en public. *Revue française de science politique*, 3, 387-412.

Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail Humain*, 57, 425-443.

Rouat, S. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités, 10*(1), 58-72.

Rouat, S. (2014). *Des risques aux ressources psychosociales : les enjeux d'une action de formation. L'impact d'une action de formation sur la production d'un plan d'action de prévention.* Papier présenté au 18ème congrès de l'AIPTLF, Florence.

Rouat, S., & Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités, 10*(1), 58-72.

Rouleau, L. (2005). Micro-practices of strategic sensemaking and sensegiving: how middle managers interpret and sell change every day. *Journal of management studies. 42*(7), 1413-1443.

Rouzeaud, P. (2011). *Salariés, le lean tisse sa toile et vous entoure.* Paris : L'Harmattan.

Ruiller, C. (2011). *Le soutien social et son influence sur les comportements*. Paris : Presses Universitaires Européennes.

Ryan, R.-M., & Deci, E.-L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Saint-Michel, S. (2010). Le genre et le leadership. L'importance d'introduire les traits de personnalité des leaders. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 40(*XVI), 181-201. Doi : 10.3917/rips.040.0181

Sahler, B. (2007). *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail.* Lyon : ANACT.

Salah-Eddine, (L). (2011). Les figures idéal-typiques du harcèlement moral au travail. In M. Dressen et J.P. Durand (Eds.), *La violence au travail* (pp. 177-186). Toulouse : Octarès.

Salovey P., & Mayer J.-D. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D.-J. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence* (pp. 3-31). New York : Basic Book.

Sarnin, P. (2008). *Psychologie du travail et des organisations.* Bruxelles : De Boeck.

Sarnin, P., & Debard, A. (2008). Sensibilisation et formation des encadrants. In Y. Grasset & M. Debout (Eds.), *Risques psychosociaux au travail : vraies questions et bonnes* réponses (pp. 235-250). Paris : Liaisons.

Sarnin, P., Bobillier-Chaumon, M.-E., Cuvillier, B., & Grosjean, M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée. *Bulletin de psychologie*, 519, 251-261.

Sartre, J.-P. (1960). *Critique de la raison dialectique*. Paris : Gallimard.

Scheller, L. (2001). L'expérience du travail dans le cadre dialogique. *Travailler,* 6, 71-81.

Schmidt, K. (1991). Cooperative work: A conceptual framework: Introduction. In J. Rasmussen, B. Brehmer, & J. Leplat (Eds.), *Distributed decision making: Cognitive models for cooperative work* (pp. 75-106). Chichester : John Wiley & Sons.

Schwint, D. (2002). Savoir artisan de fabrication et détournement du temps. *Sociétés, 2*(76), 33-48. Doi : 10.3917/soc.076.0033

Scott, R.-W. (1981). *Organizations: rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.

Seguin, M. (2009). *Le suicide. Le comprendre pour le prévenir.* Boisbriand : Au Carré.

Selye, H. (1956). *Le stress de la vie.* Paris : Gallimard.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology,* 1, 27-41.

Spinoza, B. ((1677) – 1993). *Œuvre III : Ethique*. Paris : GF Flammarion Poche.

Tangri, R. P. (2003). *What stress costs*. Halifax : Chrysalis Performance Strategies Inc.

Taylor, F.-W. (1911). *La direction scientifique des entreprises*. Paris-Verviers : Bibliothèque Marabout.

Teiger, C., & Lacomblez, M. (2013). *(Se) Former pour transformer le travail. Dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail.* Québec : ETUI. Collection Santé et sécurité du travail.

Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.-J., Wilcox, K.J., Segal, N.L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of personality and social psychology*, 54, 1031-1039.

Thébault, J., Delgoulet, C., Fournier, P.-S., Gaudart, C., & Jolivet A. (2014). La transmission à l'épreuve des réalités du travail. *Éducation permanente*, 198, 85-99.

Thébaut Mony, A. (2007). *Travailler peut nuire gravement à votre santé, les nouvelles formes d'organisation du travail.* Paris : La Découverte.

Thébaut Mony, A. (2009). *Stress et risques psychosociaux au travail.* Paris : La documentation française.

Thébaut Mony, A., Daubas-Letourneux, V., Frigul, N., & Jobin, P. (2012). *Santé au travail. Approches critiques.* Paris : La découverte.

Thébaut Mony, A., Davezies, P., Vogel, L. et Volkoff, S. (2015). *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte.

Thuderoz, C., & Giraud-Heraud, A. (2000). *La négociation sociale*. Paris : CNRS.

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions.* Paris : Dunod.

Ughetto, P. (2007). *Faire face aux exigences du travail contemporain : Conditions du travail et management*. Lyon : Anact.

Ughetto, P. (2011). Pour ne pas se tromper de gestion de santé au travail : les niveaux d'un management attentif au métier. *Revue française de gestion*, 21, 61-75.

Vallée, M. (2008). Approche scientifique. In VTE (Eds.), *Risques psychosociaux au travail : vraies questions et bonnes réponses* (pp. 39-54). Paris : Liaisons.

Vandenberghe, C., Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain, 3*(72), 209-228. Doi : 10.3917/th.723.0209

Van Wassenhove. W. (2014). Les obstacles à la gestion des Risques Psycho-Sociaux. *Gérer et Comprendre. Annales des Mines*, 30-40.

Vardi, Y., & Wiener, Y. (1996). Misbehaviour in organizations: a motivational framework. *Organization Science*, 7, 151-165.

Vidaillet, B. (2013). *Évaluez-moi ! Évaluation au travail : les ressorts d'une fascination.* Paris : Seuil.

Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales, 3*(163), 32-38.

Volkoff, S. (2005). *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*. Toulouse : Octarès.

Vygotski, L. (1934/1985). *Pensée et langage*. Paris : Éditions Sociales.

Vygotski, L.-S. (1978). *Mind in society. The development of higher mental processes*. Cambridge : Harvard University Press.

Weill-Fassina, A., & Valot, C. (1997). Le métier, ça va, mais le problème c'est ce qu'il y a autour. *Recherche, pratique, formation en ergonomie : actes du XXXIIIe congrès de la SELF*, Lyon. 183-195.

Willmott, H. (1987). Studying Managerial Work: a critique and a proposal. *Journal of management studies, 24*(3), 249-270.

Winicki, P. (2006). Loi organique relative aux lois de finances (LOLF), gestion des ressources humaines et nouvelles compétences managériales. *Revue française d'administration publique*, 1, 117-129. Doi : 10.3917/rfap.117.0117

Winnicott, D.-W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel.* Paris : Gallimard.

Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2013). *Épuisement professionnel. Approches innovantes et pluridisciplinaires.* Paris : Armand Colin.

Table des figures et tableaux

Table des figures

Figure 1 : La fonction d'encadrement d'après Aubert et coll. (2009)..... 75
Figure 2 : Cadre conceptuel..... 100
Figure 3 : Cycle d'activité de l'intervention en recherche-action 148
Figure 4 : Présentation des interlocuteurs de la recherche-action menée à l'EHPAD d'après Liu (1997)..... 256
Figure 5 : Les cinq phases de la recherche-action..... 261

Liste des tableaux

Tableau 1 : Cadre conceptuel 99
Tableau 2 : Présentation des hypothèses de recherche 104
Tableau 3 : Construction de notre objet d'étude, étude 1 118
Tableau 4 : Construction de notre objet d'étude, étude 2 120
Tableau 5 : Construction de notre objet d'étude, étude 3 122
Tableau 6 : Échantillon étude 1 126
Tableau 7 : Echantillon participant aux focus group 133
Tableau 8 : Évaluation de la recherche action d'après Carré et Caspar (1999) 151
Tableau 9: Secteurs d'activité représentés dans l'échantillon étudié 158
Tableau 10 : Niveau d'encadrement de l'échantillon 159
Tableau 11 : Genre de l'échantillon étudié 159
Tableau 12 : Ancienneté de l'échantillon étudié 160
Tableau 13 : Taille des équipes encadrées 160
Tableau 14 : Rappel des items proposés 166
Tableau 15: Fréquence des situations perçues comme risques psychosociaux par les encadrants 168
Tableau 16 : Situations de violences externes 169
Tableau 17 : Situations de violences externes, comparaison par secteurs d'activité 170
Tableau 18 : Situations de violences physiques internes avec un collaborateur 173
Tableau 19 : Situations de violences internes physiques, comparaison par secteurs d'activité 174
Tableau 20 : Situations de violences physiques internes avec un collaborateur par genre 175
Tableau 21 : Situations de violence interne avec un collaborateur 176
Tableau 22 : Situations de violences internes avec un collaborateur par secteurs d'activité 176
Tableau 23 : Situations de violences internes par un collaborateur, comparaison par genre 177
Tableau 24 : Situations de violences internes avec une équipe 178
Tableau 25 : Situations de violences internes avec une équipe et par secteurs d'activité 179
Tableau 26 : Situations de harcèlement moral 180
Tableau 27 : Situations d'accusation de harcèlement comparaison par secteurs d'activité 181
Tableau 28 : Situations de violences internes de la part d'un encadrant 181
Tableau 29 : Situations de violences internes de la part d'un encadrant par secteurs d'activité 182
Tableau 30 : Situations de stress : perte soudaine d'efficacité professionnelle 185
Tableau 31 : Situations de stress : perte soudaine d'efficacité professionnelle par taille d'équipes 186
Tableau 32 : Situations de stress : perte soudaine d'efficacité professionnelle comparaison selon le secteur d'activité 187
Tableau 33: Situations d'épuisement professionnel d'un collaborateur 188
Tableau 34 : Situations d'épuisement professionnel d'un membre de l'équipe, comparaison par taille d'équipe 188
Tableau 35 : Situations d'épuisement professionnel, comparaison par secteurs d'activité 189
Tableau 36 : Situations de stress : pleurs d'un collaborateur 190
Tableau 37 : Situations de stress : pleurs d'un collaborateur, comparaison par secteurs d'activité 191
Tableau 38 : Situations de stress des encadrants 192
Tableau 39 : Situations de stress des encadrants, comparaison par secteurs d'activité 193
Tableau 40 : Situations de menaces de suicide 194

Tableau 41 : Formations managériales suivies par les encadrants 196
Tableau 42 : Formations suivies par les encadrants, comparaison par secteurs d'activité 197
Tableau 43 : Personnes ressources sollicitées par les encadrants dans la prévention des risques psychosociaux 200
Tableau 44 : Présentation des focus group 209
Tableau 45 : Classement des différentes représentations dans les registres du métier 212
Tableau 46 : Représentations des leviers d'action des encadrants classées dans la dimension Impersonnelle du métier 214
Tableau 47 : Nombre de groupes ayant cité des items classés dans la dimension Impersonnelle du métier 215
Tableau 48 : Nombre de groupes ayant cité des actions visant la santé des équipes classées dans l'instance Interpersonnelle 217
Tableau 49 : Les représentations classées dans l'instance Interpersonnelle 219
Tableau 50 : Nombre de groupes ayant cité des représentations classées dans la dimension Personnelle 223
Tableau 51 : Les ressources classées dans l'instance Personnelle du métier 224
Tableau 52 : La ressource classée dans la dimension Transpersonnelle 226
Tableau 53 : Les ressources du « vivre ensemble » 228
Tableau 54 : Les ressources « énergétiques » non classées dans les différentes instances du métier 232
Tableau 55 : Les moyens d'action classés dans plusieurs instances du métier 234
Tableau 56 : Présentation de l'effectif de l'encadrement au 1er janvier 2013 248
Tableau 57 : Tableau des effectifs par métier au 1er janvier 2013 248
Tableau 58 : Les espaces de discussion mis en place lors de la recherche-action 259
Tableau 59 : Espaces de discussion lors de la phase d'implantation 262
Tableau 60 : Espaces de discussion par métier 265
Tableau 61 : Espaces de discussion sur la sélection des situations de travail à réguler 276
Tableau 62 : Cycle d'activité - étape 4 de la recherche-action 277
Tableau 63 : Mise en discussion des métiers des équipes 283
Tableau 64 : Situations de tension issues des ateliers ressources par métier 289
Tableau 65 : Situations de tensions du travail mis en discussion dans les équipes 290
Tableau 66 : Construits d'actions collectives 295
Tableau 67 : Les espaces de discussion proposés aux équipes 298
Tableau 68 : Participation des professionnels à la discussion sur les métiers 299
Tableau 69 : Participation du personnel aux synthèses des discussions sur les métiers et sélection des situations de tensions 299
Tableau 70 : Les activités proposées aux équipes lors de la phase de la mise en discussion du métier 305
Tableau 71 : La dynamique du métier d'encadrant dans la première phase de la recherche-action 306
Tableau 72 : Les activités mettant en discussion le métier de cadres 309
Tableau 73 : Les acteurs institutionnels impliqués dans la recherche-action 313
Tableau 74 : Les quatre temps de controverse dans les espaces de discussion avec les acteurs institutionnels 316
Tableau 75 : Questions retenues pour l'évaluation du développement de la santé des équipes 335
Tableau 76 : Résultats des questionnaires 337

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire proposé aux encadrants en situation de formation sur la prévention des risques psychosociaux

Questionnaire sur les situations de risques psychosociaux

Merci d'entourer les bonnes réponses :

Vous êtes : une femme un homme

Votre ancienneté dans le poste d'encadrement:

1à4 ans 5à9 ans 10à14ans 15à19ans 20à24ans plus 25ans

Vous encadrez : une équipe de terrain une équipe de managers

Votre âge : moins 30ans 30et39 ans 40et49 ans 50ans et plus

Vous avez suivi des formations managériales ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Problématique rencontré au cours de votre vie d'encadrant	Jamais	Rarement	souvent	Très régulièrement
J'ai eu à gérer un entretien d'appréciation annuelle difficile du fait d'un collaborateur en pleurs				
Un de mes collaborateurs m'a accusé de harcèlement				
Un collaborateur de mon équipe a menacé de se suicider si je ne répondais pas à ses attentes				
Certains de mes collaborateurs se plaignent de violences verbales de la part des clients				
Dans mon service, un ou plusieurs collaborateurs sont en arrêt longue maladie pour dépression				
Je subis le stress de mes collègues et collaborateurs qui s'ajoute à mon stress et m'empêche de dormir				
Suite à une longue surcharge de travail, l'un de mes collaborateurs a été arrêté pour épuisement professionnel				
Je n'ai pas su quoi faire quand un de mes collaborateurs m'a fait part de problèmes personnels graves				
Je me suis fait fortement agressé verbalement par un collaborateur				
Je me suis fait agressé physiquement par un collaborateur				
Un de mes collaborateurs a soudain perdu son efficacité professionnelle alors qu'il était compétent				
Au cours de ma vie professionnelle, il m'a déjà été demandé de faire partir (démissionner) de l'entreprise un de mes collaborateurs				
J'ai dû faire face à une équipe hostile lors de mon arrivée dans un service comme encadrant				
Autre :				
Autre :				

Quelles sont les personnes « ressources » que vous sollicitez spontanément pour vous aider à résoudre ces problématiques ?

Annexe 2 : Recueil de situations perçues par les encadrants comme des risques psychosociaux

N° situation	Verbatim des situations perçues des risques psychosociaux par les encadrants du secteur de la restauration collective
1	Le harcèlement : comment il faut parler aux gens ; il faut adapter sa communication
2	Lorsque je suis arrivé sur un site qui stagnait. On m'avait demandé de le relancer. Ca a marché le self a repris du monde mais un mois après toute une délégation et une fille avait dit que je l'avais harcelé sexuellement. Elle est aujourd'hui licenciée. C'est elle qui m'avait dit "je te ferais bien l'amour". J'étais célibataire et elle se plaignait de son mari qui la battait. Elle voulait le divorce
3	J'ai été accusé de harcèlement sexuel par ce que j'ai dit d'une fille de mon équipe : elle est mignonne aujourd'hui
4	Parfois on a des pressions (de membres de l'équipe) pour prendre la place du chef. On dit qu'on a le personnel qu'on mérite. Je ne sais pas mais j'ai tellement connu de situation. C'est la jungle du chacun pour soi
5	Il y a 5 ans j'ai eu la crainte de devenir la patronne de mes anciens collègues mais ça s'est bien passé. (pourquoi ? Être maternelle, écouter, prendre soin d'eux, un petit colis à Noel)
6	Moi je me pose la question de la gestion de mon stress
7	Quand est ce qu'on sait qu'on est au bout du rouleau ?
8	En cuisine, s'il y a un conflit on sort les couteaux
9	Comment connaître son stress
10	C'est le relationnel avec les équipes
11	J'ai un salarié qui est toujours absent mais personne ne veut gratter
12	Le personnel est toujours en train de se plaindre et si on dit arrête de te plaindre tu as un arrêt maladie
13	Il ne faut pas aller dans le conflit. Il faut arrêter si la mayonnaise monte trop.

14	On m'a dit soit tu es celle qui reçois les coups de pied au cul soit tu es celle qui les donne
15	Il faut être psychologue avec son personnel
16	Ils nous testent avant
17	Le plus dur c'est la gestion du personnel
18	Comment on sait qu'on met la pression ?
19	Il y a des périodes de tensions dans les équipes, des périodes d'appel d'offre et de rénovation alors il y en a qui perdent les pédales
20	C'est le stress ces audits
21	C'est le stress avec la pression de notre budget, les objectifs, la pression des clients, ils ont plus d'exigences
22	J'ai connu un cas de licenciement pour harcèlement. Un ancien gérant. Ça a duré 2 ans 1/2. C'est quoi le harcèlement ?
23	Le problème c'est la gestion de notre stress engendré par les cancans
24	Comment faire pour qu'il n'y ait pas une usure dans l'équipe ? La prévention parce qu'aujourd'hui il y a beaucoup d'engagement
25	Les conflits, est ce que c'est moi qui les créé ou moi qui interprète mal certaines choses ?
26	Il y a eu une reprise il y a 4 ans et une personne qui ne m'acceptait pas. Elle était syndiquée.
27	J'ai eu un retour difficile pour une salariée après son arrêt maladie
28	Le harcèlement c'est quoi ?
29	Dans l'équipe, j'ai eu une situation difficile. Une personne qui devait partir car il y avait une personne de trop

30	Il a fallu traiter une situation difficile avec un apprenti qui avait volé
31	Depuis un mois ce n’est pas facile la cuisinière est en arrêt de travail. Elle en a vu des vertes et des pas mures. Elle est en épuisement professionnel. En dépression.
32	Valérie, la fille qui fait la plonge, est venue vendredi et elle a craquée. Je lui ai enlevé du travail. Elle a un crédit, elle ne veut pas partir.
33	Le stress c'est l'intensification du travail
34	Comment déceler le harcèlement ?
35	J'ai eu un contrat difficile, un ancien de (concurrent), et moi qui arrive avec (nom entreprise). J'ai eu des problèmes pour faire passer les techniques de travail
36	j'ai eu un problème dans l'équipe. Un ancien plongeur mais qui est maintenant cuisinier. Il a fait du sabotage. Je demande 30 crèmes et il en fait 50.
37	Comment nous aider à nous maitriser ? Des fois on dit des choses méchantes et après on s'en veut.
38	Aujourd'hui, j'arrive à jauger les salariés dans leur mal être mais est-ce que c'est une façade ? Je me pose la question pour les salariés.
39	Il y en a un qui est allé se plaindre à la direction régionale que j'étais méchant vis-à-vis de lui. Je ne sais pas si je vais rester dans cette boite. La cuisine traditionnelle me manque.
40	On a voulu lui enlever son mi-temps et là, ça s'est mal passé. Il y a eu une menace de suicide. La personne n'allait pas bien.
41	J'ai une bonne équipe. Ils disent quand ça ne va pas.
42	J'ai le stress. J'ai toujours peur de ne pas y arriver, les livraisons… comment gérer le stress ?
43	Il y a le bon stress. Celui qui me manque pendant les vacances.
44	Comment on s'y prend pour éviter les conflits ?
45	Les plaisanteries, il faut faire attention à ce qu'on dit

46	Avant le chef de secteur était là souvent et il regardait la prestation et il nous disait "c'est sympa". Maintenant c'est "les chiffres vite". Et maintenant, ils embauchent des chefs de secteurs qui viennent d'autres secteurs et ils ne connaissent pas.
47	Le client, tous les soirs il passait et il disait "c'est quoi la merde qu'on mange ce soir ?". Et l'équipe du soir n'osait pas me le dire.
48	Le problème c'est le stress. On a une forte charge de travail et pas le matériel.
49	J'ai eu une situation de harcèlement lorsque j'ai muté sur un autre site.
50	C'est un stress permanent et il y a des conséquences sur la santé et la famille.
51	Ma question c'est l'autorité sans être harceleur. Dans l'équipe c'est vulgaire vis-à-vis des clients. Il y a des clients qui ne viennent plus au restaurant. Il y a des produits supplémentaires qui sont donnés aux clients favoris. Que faire ?
52	J'ai eu un conflit grave avec mon second alors que les premiers 6 mois s'étaient bien passés. Le second avait été chef gérant mais il ne voulait plus de ce poste. Quand je suis partie en congé je lui ai demandé de passer les commandes et il a refusé. Alors je suis partie en congé maternité et j'ai dit à l'équipe : "vous vous en occupez pour qu'il ne soit pas là quand je reviens. Et il a pris un poste ailleurs
53	S'il y a un problème, je le gère tout de suite. J'ai un commis qui a été incorrect et il a été muté.
54	Je n'ai pas de liens hiérarchiques avec mes équipes (employés communaux). Je fais comment ?
55	J'ai un souci pour faire passer les messages et faire changer les habitudes des anciens.
56	Comment aborder les tensions relationnelles quand il y a des caractères un peu vifs
57	Il faut gérer son stress, en 10 ans l'activité de chef gérant s'est décuplée
58	J'ai eu une altercation avec un collègue (membre de l'équipe) qui m'a traité de fainéant.
59	Le burn out, qu'est-ce que c'est ?
60	J'ai eu un salarié alcoolique. On fait comment ?

61	Ce qu'il faut c'est une équipe franche, que les choses se disent par devant
62	Le harcèlement, jusqu'où on peut aller ?

Annexe 3 : Programme de formation des Ecoles de cadres de santé

Programme de la formation de cadre de santé

La formation des cadres de santé se déroule sur 10 mois. Elle est dispensée par les seuls instituts de formations des cadres de santé agréés à cet effet qui, par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil. La formation se compose de 6 modules :

Intitulé du module	Durée de l'enseignement théorique	Durée de stage
Module 1 : Initiation à la fonction de cadre	3 semaines	3 semaines hors secteur sanitaire
Module 2 : Santé publique	3 semaines	/
Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche	3 semaines	/
Module 4 : Fonction d'encadrement	5 semaines	4 semaines en établissement sanitaire ou social
Module 5 : Fonction de formation	6 semaines	5 semaines en établissement de formation sanitaire ou social
Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnel	5 semaines avec, **au choix**, . l'approfondissement du module 4 ou du module 5 . l'approfondissement du module 4 sur 3 semaines et du module 2 sur 2 semaines . l'approfondissement du module 5 sur 3 semaines et 2 semaines sur le module 2	4 semaines de stage, au choix, . établissement sanitaire ou social . établissement de formation . structure de santé publique

Au total, les cadres de santé en formation, suivent **42 semaines** réparties comme il suit :

- 24 semaines ou 26 semaines d'enseignement théorique
- 15 semaines ou 13 semaines de stages
- 2 semaines de travail personnel
- 1 semaine de congé.

Le **contenu de la formation théorique** est le suivant :

Module 1 : Initiation à la fonction de cadre

Objectifs : Définir et comprendre le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires. Identifier le rôle et les missions du cadre et découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises. Développer ses aptitudes à communiquer efficacement. Appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision. Adapter et enrichir son projet professionnel.

Contenu :

- ***Notions de psychologie*** : l'histoire et les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ; la psychologie des groupes et des individus : la psychologie dans le travail.
- ***Notions de sociologie*** : l'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ; sociologie des groupes et des organisations ; la sociologie du travail.
- ***Notions de communication*** : l'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ; les outils de la communication : les outils et la gestion de l'information.
- ***Notions générales d'économie et de finances publiques*** : Les concepts et notions de base de l'économie ; Les agents économiques et la comptabilité nationale ; Les instruments de la politique économique ; Les finances publiques.
- ***Notions générales de droit :*** Les sources du droit ; Le droit constitutionnel et le droit administratif ; Le droit civil et le droit du travail ; Le droit communautaire ; Les responsabilités juridiques.
- ***La fonction de cadre :*** L'histoire et l'évolution de la fonction ; Le cadre et la fonction d'encadrement ; Les missions, fonctions, et rôles de l'encadrement.

Module 2 : Santé publique (90 heures)

Objectifs : Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Etre capable de concevoir, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

Contenu :

- ***Données générales*** : Les concepts et principes de santé publique ; Les démarches de santé publique ; Les indicateurs de santé publique ; Les grands problèmes actuels de santé publique.

- ***La politique de santé publique et ses moyens*** : La protection sociale et la solidarité : Les organismes de santé publique ; L'organisation sanitaire et sociale ; L'évaluation des politiques de santé publique.

Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 heures)

Objectifs : Appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Etre capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Etre capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Etre capable de conduire l'analyse critique d'une publication.

Contenu :

- ***Définitions et références théoriques :*** l'épistémologie ; les objets et champs de l'analyse des pratiques ; les types et niveaux de recherches.
- ***Méthodologie d'analyse des pratiques :*** les démarches cliniques ; la dimension culturelle des pratiques ; les modes de transmission des savoirs ; l'analyse méthodologique des pratiques.
- ***Méthodologie de la recherche :*** l'investigation et la documentation ; l'analyse et la problématique ; l'élaboration et la validation d'hypothèse ; l'échantillonnage, le groupe test et l'expérimentation ; l'analyse et l'exploitation des résultats.
- ***Outils d'analyse des pratiques et de la recherche :*** les enquêtes, les études de cas ; les outils d'information: banque de données, publications ; les outils de recueil : questionnaires, interviews, entretiens, sondages ; les outils de traitement : analyse de contenu, statistiques.
- ***Bases théoriques et cliniques d'analyse des pratiques professionnelles et de la recherche appliquée :*** les techniques et technologies professionnelles ; les domaines, disciplines et champs professionnels.
- ***Analyse des pratiques, recherche et éthique :*** la législation et la réglementation ; le Conseil national d'éthique, la Commission nationale informatique et liberté.

Module 4 : Fonction d'encadrement (150 ou 180 heures)

Objectifs : Déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale. Organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels. Anticiper les évolutions de son environnement immédiat au plan technique, humain, juridique, économique. Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Evaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.

Contenu :

- ***Le cadre législatif et réglementaire du secteur sanitaire et social :*** L'histoire des institutions et les références législatives ; La fonction publique hospitalière, les conventions collectives du secteur sanitaire et social ; Le droit syndical et les instances de représentation des personnels ; Les règles d'exercice des professions de santé.
- ***Le management :*** L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ; les démarches, méthodes et modèles : analyse stratégique et conduite de projet ; animation d'équipe, négociation et décision, gestion des conflits, résolution

de problèmes ; gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, évaluation et notation ; autorité et pouvoir, délégation et contrôle.

- ***L'organisation et les conditions de travail :*** Les structures et leur fonctionnement ; L'organisation et l'amélioration des conditions de travail ; L'hygiène et la sécurité.
- ***L'organisation et l'évaluation des activités professionnelles :*** Les procédures et les protocoles d'activités professionnelles ; La planification et l'organisation des activités professionnelles ; La démarche d'assurance qualité et l'évaluation qualitative et quantitative des prestations professionnelles.
- ***L'usager et les structures de soins :*** Les droits des patients ; Les relations avec les patients, les familles, les réseaux de soins ; La prévention des risques iatrogènes ; Le secret médical, le secret professionnel et l'éthique.
- ***La gestion économique et financière :*** Le financement et le budget des établissements ; La gestion économique ; Les outils de gestion et de contrôle.

Module 5 : Fonction de formation (150 ou 180 heures

Objectifs : Maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques. Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en œuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Evaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

Contenu :

- ***Le cadre législatif et réglementaire de la formation :*** L'histoire des institutions et les références législatives ; La réglementation dans la fonction publique hospitalière et dans le secteur sanitaire et social privé.
- ***La pédagogie :*** L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux. Les démarches, méthodes et modèles ; Les outils et supports pédagogiques : Les facteurs de mise en œuvre de la formation.
- ***L'organisation et les dispositifs de formation :*** Les formations initiales et continues du secteur sanitaire et social ; Les structures et le fonctionnement des établissements de formation.
- ***L'organisation et l'évaluation des systèmes pédagogiques :*** Les procédures et protocoles de l'apprentissage professionnel initial et continu ; La planification et l'organisation de la formation professionnelle initiale et continue ; La démarche de certification et l'évaluation qualitative et quantitative de la formation professionnelle initiale et continue.
- ***L'étudiant et la formation :*** Les droits des personnes en formation initiale et continue ; Les relations avec l'institut de formation, le lieu de stage et les patients.
- ***La gestion de la formation :*** La gestion et le financement des écoles et instituts de formation initiale ; La gestion et le financement de la formation continue ; La gestion des locaux, équipements et outils pédagogiques.

Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels (150 heures

Ce module doit obligatoirement être effectué en fin de formation.

Objectifs : Approfondir les connaissances acquises au cours de la formation. Perfectionner les pratiques de la fonction que l'étudiant souhaite exercer, à partir de sa famille professionnelle d'origine. Actualiser les connaissances et analyser l'impact des évolutions techniques et fondamentales intervenues dans le domaine de sa filière professionnelle.

En fonction du choix du candidat, ce module sera axé sur la fonction de formation ou sur la fonction d'encadrement, avec ou sans complément en santé publique. A cet effet, les thèmes du programme des modules 1, 2, 3, 4, et 5 peuvent être partiellement répartis au sein du module 6 dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et doivent être enrichis, selon le choix du type d'approfondissement effectué par le candidat, des thèmes suivants :

Approfondissement de la fonction d'encadrement :

- analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles ;
- analyse des pratiques appliquées aux filières professionnelles ;
- démarches d'organisation du travail appliquées aux filières professionnelles ;
- responsabilités et particularités des cadres gestionnaires ;
- analyse et perspectives d'évolution des métiers ;
- coopérations et interactions des métiers ;
- législation et réglementation européenne de l'exercice des professions ;
- éthique et déontologie professionnelles.

Approfondissement de la fonction de formation :

- analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles ;
- analyse des pratiques pédagogiques appliquées aux filières professionnelles ;
- démarches de conception pédagogique appliquées aux filières professionnelles ;
- responsabilités et particularités des cadres formateurs ;
- analyse et perspectives d'évolution des formations ;
- coopérations et interactions des formations ;
- législation et réglementation européenne de la formation des professions ;
- éthique et déontologie professionnelles.

Approfondissement du module Santé publique :

- analyse des pratiques de santé publique appliquées aux filières professionnelles ;
- démarches de conception d'un programme appliqué aux filières professionnelles ;
- responsabilités et particularités des cadres de santé publique ;
- législation et réglementation européenne de santé publique ;
- références et programmes prioritaires européens et internationaux.

Récupéré sur le site : http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/programme-de-la-formation-de-cadre.html

Annexe 4 : Synthèse de la phase 2 sur les espaces de discussion par métier

DEMARCHE DE PREVENTION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Synthèse des Ateliers Ressources Métier
Présentation en Comité de pilotage du 1er juillet 2013

Objectifs de la présentation

Présentation de la synthèse des travaux de groupes par métier suivi par 56 professionnels de l'EHPAD du …
Permettre la discussion au sein du Comité de pilotage sur la suite de la démarche
Attention, cette synthèse ne retrace pas toute la richesse des échanges des 4 séances de travail par groupe métier réalisées de mars à juin 2013. Elle doit permettre d'envisager la suite de la démarche : des ateliers Cohésion d'Équipe qui se dérouleront d'octobre à décembre 2013.
Cette synthèse est « généraliste » en ce sens qu'elle ne prend pas en compte les particularités de chaque unité. Celles-ci seront travaillées lors de la deuxième phase de la démarche.

Sommaire

- Le métier d'Agent Bio Nettoyage (ABN)
- Le métier d'Agent Prestation Hôtelière (APH)
- Le métier d'Aide-Soignant (AS)
- Le métier d'Infirmier (IDE)
- Le « métier » de cadre (CS)
- La suite de la démarche : proposition méthodologique

Le déroulement des Ateliers par métier

- Sur 4 séances
- Discussions, débats sur le vécu de la réorganisation, les difficultés du métier, ses ressources
- Approfondissement des propos par des méthodologies permettant d'aller plus loin dans l'expression des représentations : le Photolangage, la réalisation d'un « blason »

Le plan retenu pour les synthèses auprès des professionnels ayant participé aux Ateliers Métiers

- C'est quoi le métier…
- Le vécu de la restructuration
- Les difficultés et les ressources du métier
- Les préconisations
- Le métier des Agents Bio Nettoyage

C’est quoi le métier des agents du bio-nettoyage ?

« Nous sommes la vitrine de l’EHPAD ; si les couloirs sont sales lors des visites d’établissement, les gens ne voudront pas venir ici » « Nous faisons partie des équipes soignantes, nous sommes aussi essentielles. »
« Même si ça ne se voit pas et que les autres ne font pas attention à la propreté, c’est parce qu’on a bien fait notre travail que cela ne se voit pas »

Le vécu de la restructuration

Une réorganisation qui a été globalement bien vécue sauf pour celles qui ne souhaitaient pas intégrer l’équipe Bio-nettoyage.

Le « difficile » du métier

- Fatigue physique avec impression de ne jamais réussir à terminer son travail
- Anonymat dans les services et sentiment d’isolement par rapport aux équipes soignantes
- Sensation de ne pas être respectée dans leur travail par les autres métiers
- Inquiétudes face à certains résidents (infection, comportements agressifs)

Les ressources

- La qualité du lien avec l’équipe et l’encadrement
- L’autonomie pour s’organiser dans son travail
- La reconnaissance des résidents et le fait de pouvoir échanger avec eux

Préconisations

- Enjeu : équipe transversale qui a besoin d’être intégrée aux services tout en maintenant la solidarité existante dans l’équipe,
- Être informé des particularités des résidents
- Mettre en discussion l’organisation du travail notamment avec les APH
- Formations aux machines de nettoyage

C’est quoi le métier des Agents Prestations Hôtelières ?

« On grouille tous comme des fourmis » « Il faut aller vite, avoir des patins à roulettes » « il faut avoir plusieurs bras »
« On s’occupe de l’environnement des chambres et des repas, mais ça reste le flou artistique sur le qui fait quoi »

Le vécu de la restructuration

Au début de la restructuration, une satisfaction à centrer le métier sur la prestation hôtelière (moins physique)
Mais avec le temps, impression d’un flou sur la fonction (les collègues d’autres services du … qui ne connaissaient pas la fonction par exemple)
Et un manque… « Il manque un petit truc du côté du relationnel, il faut le trouver » « il manque le prendre soin… c’est le bon mot »

Le plus « difficile » du métier

- Le positionnement avec les métiers d'agents bio-nettoyage (organisation nettoyage des chambres, des cuvettes) et avec les métiers d'aide-soignant (les lits à blanc)
- Une activité empêchée : le positionnement vis-à-vis du résident (voir, entendre, avoir des trucs et astuces simples pour le bien-être du résident) et s'empêcher de le faire… la difficulté à dire, à se faire entendre, à oser dire ce qu'elles ont observés
- La question des remplacements (dépassements de tâches, arriver dans une unité que l'on ne connaît pas et avoir à se débrouiller sans connaître les habitudes du service et des résidents)

Les ressources du métier

- Du bon sens qui permet de ne pas « coller » à la prescription du métier d'APH
- La satisfaction des résidents (Parole d'un résident : « avant on était dans un mouroir, maintenant on est à l'hôtel »)

Les préconisations discutées avec les agents

- La question des médicaments à clarifier
- Un métier à professionnaliser (des formations) et à clarifier institutionnellement (par exemple : fonction sur la fiche de paie)
- Souhait de participer à des réunions de service et discuter des valeurs soignantes (même si elles sont aux prestations hôtelières, elles accompagnent humainement les résidents)
- Après quelques mois de mise en place de la restructuration, travailler l'organisation d'une journée ?

C'est quoi le métier d'Aide-Soignant ?

C'est un métier physique : « il ne faut pas avoir peur de l'effort »
C'est un métier relationnel : « Il y a le regard : des résidents qui ne parlent pas alors il faut regarder, voir le jour où ça ne va pas » « Avec l'expérience, tu sais si ton résident il va ou il ne va pas. Alors, tu lui laisses prendre son rythme »
C'est un positionnement : « on est confronté à des situations pas faciles avec les résidents, avec leurs familles », mais aussi, la convivialité, la joie, le plaisir « reconstituer une famille autour du résident »
C'est savoir partager avec l'équipe : «se poser, s'écouter, « avancer dans le même sens, avec le résident, c'est ce qui donne du sens »
C'est des valeurs : respect, tolérance, dignité

Le vécu de la restructuration

Mitigé : le positif étant la clarification des tâches ; par contre il semble que cela devient plus compliqué avec le temps (fatigue, sentiment d'épuisement)
Une intensité du travail qui semble laisser apparaître des problèmes antérieurs à la restructuration
Sentiment d'un éclatement des métiers avec des tensions dans les coopérations

Le plus « difficile » du métier

- Manque d'espaces pour discuter des solutions (souvent perçues comme imposées et non négociables)
- La question des valeurs : sentiment que les termes entourant la notion d'argent (déficits, arrêts qui coûtent, lits qui rapportent…) entraînent une perte d'humanité et la crainte que la réorganisation oublie le résident.
- Difficultés sur les remplacements, auto remplacement (pendant repos)
- La frontière très subjective entre l'entraide et le dépassement de fonction…

Les ressources évoquées

- L'équipe (collaboration, cohésion, entraide, bonne ambiance, soutien, attention des collègues)
- Les résidents (humour, sourire, affection, reconnaissance, marques d'attention des familles)
- L'organisation avec les listes dans les classeurs (même si discutable parfois dans l'attribution des listes et leur constitution)
- La formation d'aide-soignant

Les préconisations

- Personnaliser les soins en respectant la vie en collectivité d'un EHPAD : le projet de vie du résident
- Les temps de discussion et d'échange… une question de temps, mais aussi de manière d'échanger
- Ce qui nous interpelle : l'envie de coopération et la difficulté à l'exercer, à la mettre en œuvre. Et un constat : lorsqu'elle n'y est pas, la solitude est très forte

C'est quoi le métier d'infirmier / infirmière ?

« C'est un aiguilleur » : un rôle de médiateur auprès des familles et du cadre « on est les yeux et les oreilles du cadre » + « On est au centre de tout et de tout le monde »
« Soigner c'est échanger » « c'est suivre pas à pas le cheminement du résident »
C'est aussi de la solitude : « on se sent seul(e) parfois, surtout le soir » « on fait beaucoup de choses de soi même sans appeler le médecin »

Le vécu de la restructuration (un regard transversal sur les métiers)

Un impact sur la coopération dans les équipes avec un risque de plus d'individualisme (ASH/ABN/AS : chacun travaille dans son coin – moins de dialogue)
Un glissement des tâches : les APH donnent les médicaments
Moins de relationnel « on est dans l'acte, on pique, on part » et moins de temps pour repérer « les choses » : « on est déjà passé à côté de certaines choses »
Crainte de ne pas pouvoir faire face à un surcroît de travail (si épidémies, plusieurs résidents en fin de vie)
Mais aussi des aspects positifs :
Une redéfinition et une clarification des tâches de chacun (surtout pour les AS),

Une meilleure adaptation aux résidents (même si on ne peut pas parler de soins personnalisés dans le cadre d'une vie en collectivité)
Une remise à plat de dysfonctionnements organisationnels qui s'étaient accumulés.

Le « difficile » du métier

- Perte du relationnel avec le risque de ne pas voir certaines pathologies
- « Je suis une machine à faire » avec une crainte la qualité des soins
- La question de la coordination dans le métier : pas toujours facile de l'exercer auprès des équipes, notamment pour les « sorties de diplôme » Des « frottements » avec les AS : « Aux yeux des AS, une bonne IDE c'est une IDE qui fait des toilettes »
- La coordination avec les médecins sur les protocoles par exemple
- Les décès

Les ressources

- La solidarité avec les collègues infirmiers
- L'amour du métier
- La transmission et le lien avec les résidents
- Les temps de convivialité

Les préconisations

- Rendre visible le travail réel auprès des résidents (la charge infirmière est calculée sur les prescriptions médicales or des actes non prescrits sont réalisés : ex : : les « scalps » - selon leurs dires 80 % des pansements faits ne seraient pas prescrits)
- Impliquer les professionnels (IDE, mais aussi les autres métiers) dans l'élaboration des grilles AGIR et PATHOS (une question à se poser : « que ferait le résident si je n'étais pas là » pour être au plus près du réel de l'activité)
- Accompagner l'intégration des nouveaux arrivants dans le service (notamment les « sorties de diplôme »)
- Discuter sur les toilettes

Le « métier » de cadre, c'est quoi ?

Le « métier » de cadre est-il un « métier » comme les autres ?
Au cours de l'accompagnement, nous ne l'avons pas interrogé « comme » les autres puisque nous avons surtout cherché à faire progresser en termes de compétences (dont la capacité réflexive)

C'est quoi être cadre de santé dans un service gérontologique ?

« C'est être là où il y a du vide »… vide de la prescription, pas de solutions à un problème, à une situation, vide des absences, des arrêts de travail…

Le cadre doit être là lorsqu'il y a du vide, mais il doit aussi créer, poser et tenir le cadre
Les équipes attendent ce « cadre » de leur activité

Lors des Ateliers Ressources Métier, nous avons posé une question auprès des agents : qu'attendez-vous de votre cadre ?

- De la souplesse et de la fermeté
- Accepter de rediscuter le « comment on fait le travail » et « comment on pourrait le faire » avec une certaine résistance
- Accepter un temps essai/erreur
- Arbitrer s'il le faut
- Le critère d'arbitrage : « le souci du résident »

La suite de l'intervention : Propositions à discuter…

- À partir de mi-septembre 2013
- Articulation entre les travaux des groupes métiers et l'appropriation par les équipes/unités
- Présentation aux cadres avec des agents volontaires représentatifs des métiers (ayant ou pas participé aux ateliers ressources métier)
- Discussion sur les points qu'il serait pertinent de travailler dans les unités (en fonction de leurs spécificités)
- À partir de mi-octobre à décembre 2013
- Mise en place de 4 séances de travail de 2 heures en co-animation avec le cadre de santé
- Les groupes de travail sont constitués avec le cadre en fonction des points travaillés

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction utilisé pour évaluer le développement de la santé des équipes

QUESTIONNAIRE
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL
Grille de recueil

Ce questionnaire aborde différents aspects de votre vie professionnelle ; pour chacun d'eux, indiquez si vous l'estimez plus ou moins satisfaisant dans votre activité professionnelle. À la fin du questionnaire, merci de nous préciser certaines informations vous concernant personnellement. Vous trouverez également un espace vous permettant de vous exprimer librement. Soyez aussi spontané(e) et sincère dans vos réponses. Merci infiniment de votre coopération. Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 30 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Attention, ce questionnaire doit être rempli individuellement.

Consignes de remplissage :

Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée …

Exemple : 1 2 3 4 5 6

Une seule réponse par question est a[illegible]e. En cas de plusieurs réponses pour une même question, l'information ne sera pas traitée.

Avez-vous rempli ce questionnaire sur la Qualité de Vie au Travail en février/mars 2013 ?

Oui Non (rayer la mention)

Ce questionnaire sera traité par les psychologues que vous avez rencontrées lors des interventions (Christine Faure Patras, Carole Charras, Annie Debard) et nous respecterons entièrement l'anonymat des personnes.

A – L'organisation et contenu du travail

*Indiquez votre **niveau de satisfaction** avec les affirmations suivantes :*	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
1 – La manière dont le travail est organisée dans mon service	1	2	3	4	5	6
2 – L'applicabilité des procédures de travail dans mon service	1	2	3	4	5	6
3 – La possibilité d'organiser mes journées pour travailler avec efficacité	1	2	3	4	5	6
4 – La façon dont le temps de travail est organisé dans le service	1	2	3	4	5	6
5 – Mes possibilités de concilier vie professionnelle et vie personnelle	1	2	3	4	5	6
6 – La possibilité de réaliser un travail varié	1	2	3	4	5	6
7 – La possibilité d'utiliser mes compétences et aptitudes professionnelles	1	2	3	4	5	6
8 – La possibilité de prendre des décisions de ma propre initiative, dans le cadre de mes fonctions	1	2	3	4	5	6
9 – La créativité dans la réalisation de mon travail	1	2	3	4	5	6
10 – L'aide que je peux apporter aux patients	1	2	3	4	5	6
11 – Le matériel mis à disposition pour mener à bien mon travail.	1	2	3	4	5	6
12 – La possibilité de récupérer des heures supplémentaires	1	2	3	4	5	6

B – Les relations entre professionnels

*Indiquez votre **niveau de satisfaction** avec les affirmations suivantes :*	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
13 – Mes relations avec les personnes avec qui je travaille	1	2	3	4	5	6
14 – La possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail en équipe	1	2	3	4	5	6
15 – L'ambiance de travail dans mon service	1	2	3	4	5	6

16 – Les temps d'échange sur le travail avec mes collègues	1	2	3	4	5	6
17 – En cas de difficulté, le soutien apporté par mes collègues	1	2	3	4	5	6

C – Le développement personnel

*Indiquez votre **niveau de satisfaction** avec les affirmations suivantes :*	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
18 – Mes perspectives de carrière dans mon établissement (promotion, mobilité volontaire, changement de métier ou de fonction)	1	2	3	4	5	6
19 – La manière dont mon travail est évaluée	1	2	3	4	5	6
20 – L'information qui m'est donnée sur les formations professionnelles susceptibles de me concerner	1	2	3	4	5	6
21 – Ma possibilité de bénéficier de formations professionnelles	1	2	3	4	5	6
22 – La cohérence des formations proposées ou suivies avec les besoins actuels de mon activité professionnelle	1	2	3	4	5	6

D – L'encadrement

*Indiquez votre **niveau de satisfaction** avec les affirmations suivantes :*	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
23 – La manière dont mon hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipe	1	2	3	4	5	6
24 – La manière dont mon hiérarchique facilite les collaborations entre professionnels	1	2	3	4	5	6
25 – La manière dont mon hiérarchique anime et motive son équipe	1	2	3	4	5	6
26 – La pertinence des informations qui se sont données par mon hiérarchique au bon moment	1	2	3	4	5	6
27 – Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté	1	2	3	4	5	6
28 – La façon dont mon hiérarchique gère les absences	1	2	3	4	5	6
29 – les possibilités de modifier mon planning en cas de nécessité personnelle	1	2	3	4	5	6

30 – La façon dont sont gérés les congés et les repos (choix des dates et respect des dates)	1	2	3	4	5	6

Indiquez votre ***niveau d'accord*** *avec les affirmations suivantes :*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Assez peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
31 – Mon supérieur prend en compte mon opinion	1	2	3	4	5
32 – Les tâches effectuées relèvent de ma fonction	1	2	3	4	5
33 – La charge de travail me permet de bien faire mon travail	1	2	3	4	5

E – La reconnaissance

Indiquez votre ***niveau de satisfaction*** *avec les affirmations suivantes :*

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
34 – La manière dont mon travail est apprécié et reconnu	1	2	3	4	5	6
35 – La façon dont mon travail est respecté	1	2	3	4	5	6

F – La Direction

Indiquez votre ***niveau de satisfaction*** *avec les affirmations suivantes :*

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
36 – Ma connaissance des fonctions occupées par les différents membres des directions	1	2	3	4	5	6
37 – Les services / ou les conseils utiles que peuvent me rendre les différentes directions de mon établissement	1	2	3	4	5	6
38 – L'accessibilité des différents responsables des directions de mon établissement	1	2	3	4	5	6
39 – Les collaborations entre les professionnels de mon établissement	1	2	3	4	5	6
40 – La circulation de l'information dans mon établissement	1	2	3	4	5	6
41 – Mon niveau d'information sur le rôle et les travaux conduits par les différentes instances de mon établissement	1	2	3	4	5	6
42 – La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT…)	1	2	3	4	5	6

43 – Ma connaissance du projet établissement ou du plan stratégique	1	2	3	4	5	6
44 – Les valeurs portées par mon établissement	1	2	3	4	5	6

G – Votre opinion générale

Indiquez votre ***niveau de satisfaction*** *avec les affirmations suivantes :*

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
45 – Globalement, ma vie professionnelle correspond à mes valeurs	1	2	3	4	5	6
46 – Globalement, j'ai le sentiment de bien faire mon travail	1	2	3	4	5	6
47 – Donner votre opinion générale sur votre activité professionnelle actuelle	1	2	3	4	5	6

H – Vos intentions

Indiquez votre ***niveau d'accord*** *avec les affirmations suivantes :*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Assez peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
48 – Actuellement, je recherche activement un autre emploi	1	2	3	4	5
49 – Je vais rechercher un emploi dans un autre établissement dans l'année qui vient	1	2	3	4	5

I – Votre engagement

Indiquez votre ***niveau d'accord*** *avec les affirmations suivantes :*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Assez peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
50 – Je passerai bien volontiers le reste de ma vie professionnelle dans cet établissement	1	2	3	4	5
51 – Je me sens affectivement attaché à cet établissement	1	2	3	4	5
52 – Je ressens un fort sentiment d'appartenance à cet établissement	1	2	3	4	5
53 – Je pense avoir trop peu de possibilités pour envisager de quitter cet établissement	1	2	3	4	5
54 – Si je n'avais pas donné tant de moi-même à cet établissement, j'aurais pu envisager de travailler ailleurs	1	2	3	4	5
55 – Je ressens une obligation de rester avec mon employeur actuel	1	2	3	4	5

J – Votre participation aux ateliers ressources dans la démarche de qualité de vie au travail suite à la réorganisation de l'EHPAD

Votre engagement dans les Ateliers Ressources qui ont été proposés

	OUI	NON
55 – J'ai participé aux Ateliers Ressources pour parler de mon métier		
56 – J'ai participé à la présentation des synthèses de ces ateliers ressources		
57 – J'ai participé à des Ateliers Ressources sur des sujets qui concernaient mon équipe		
58 – Je pense avoir trop peu de possibilités pour envisager de quitter cet établissement		
59 – Si je n'avais pas donné tant de moi-même à cet établissement, j'aurais pu envisager de travailler ailleurs		
60 – Je ressens une obligation de rester avec mon employeur actuel		

Qu'avez-vous appris au cours de ces rencontres ?

Qu'est-ce que ça a changé pour vous ?

K – Informations générales Entourez une seule réponse

1 – Vous êtes.... **A – Une femme** **B – Un homme**

2 – Votre âge : **A – Moins de 25 ans** **B – De 26 à 40 ans** **C- De 41 à 55 ans** **D- Plus de 55 ans**

3 – Votre ancienneté dans l'établissement :

A – Moins de 2 ans **B- De 2 à 5 ans** **C- De 6 à 10 ans** **D- De 11 à 15 ans**

E- De 16 à 20 ans **F- de 21 à 30 ans** **G- Plus de 30 ans**

4 – Votre filière professionnelle :

A – Administrative

B – Logistique/technique

C – Médicale

D – Médico-technique

E – Soignante

F – Educative/sociale

5 – Votre statut **:**

A – Contractuel à durée indéterminée

B – Contractuel à durée déterminée

C – Contrat CUI

D – Titulaire ou stagiaire de la fonction publique

E – Vacataire

F – Autre statut, précisez :_____

6 – Votre niveau de responsabilité **(entourez UNE seule réponse – choix UNIQUE)**

A – Encadrement - hors médecins

B – Médecins

C – Professionnels soignants hors médecins

D – Employés et ouvriers

7 – Poste de travail **A – Jour** **B – Nuit** **C – Jour / nuit**

8 – Votre lieu d'affectation

A – EHPAD précisez, si vous le souhaitez, votre service : _____

B – EHPAD (autre site)

C – Service Bio-nettoyage

D – Sans affectation particulière

L – Vos commentaires

Nous vous remercions d'avoir participé à cette enquête.
Une fois rempli, veuillez plier en deux le questionnaire, l'agrafer et le déposer au courrier interne