
Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise

Une recherche dans l'industrie de la chimie

*Understanding What Determines the Organizational Practices for the Prevention
of Psychosocial Risks Put in Place by Occupational Health Actors*

*Comprender los resortes de las prácticas organizacionales en materia de
prevención de riesgos psicosociales por parte de los actores de la salud
ocupacional en la empresa. Una investigación en la industria química*

**Sabrina Rouat, Victor Troyano, Bruno Cuvillier, Marc-Eric Bobillier-
Chaumon et Philippe Sarnin**



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/pistes/5157>
DOI : 10.4000/pistes.5157
ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Sabrina Rouat, Victor Troyano, Bruno Cuvillier, Marc-Eric Bobillier-Chaumon et Philippe Sarnin,
« Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques
psychosociaux par les acteurs de l'entreprise », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*
[En ligne], 19-2 | 2017, mis en ligne le 01 mai 2017, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/5157> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.5157>

Ce document a été généré automatiquement le 21 septembre 2021.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas
d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise

Une recherche dans l'industrie de la chimie

Understanding What Determines the Organizational Practices for the Prevention of Psychosocial Risks Put in Place by Occupational Health Actors

Comprender los resortes de las prácticas organizacionales en materia de prevención de riesgos psicosociales por parte de los actores de la salud ocupacional en la empresa. Una investigación en la industria química

Sabrina Rouat, Victor Troyano, Bruno Cuvillier, Marc-Eric Bobillier-Chaumon et Philippe Sarnin

Introduction

- 1 Les pratiques de santé au travail se multiplient et prennent des formes différentes, même si la prévention des risques psychosociaux (RPS) reste la clé d'entrée privilégiée par les organisations. Ajoutons à cela que la question de la santé au travail est devenue un enjeu majeur pour les entreprises publiques et privées. L'ensemble des cadres institutionnels et législatifs témoigne des évolutions de cette prise en compte politique (CAS, 2009 ; CESE, 2013 ; Copé, Méhaignerie, Poisson, Jardé, 2009 ; Dériot, 2010 ; Lachmann, Larose, Pénicaud, 2010). Le cadre législatif pousse les organisations à prévenir les risques pour la santé physique et psychique des salariés. Concomitamment, la littérature scientifique met en avant un constat d'individualisation des problèmes de santé psychologique au travail qui constitue un frein puissant à la mise en œuvre de la prévention et de l'intervention sur

l'organisation du travail. Cette tendance à l'individualisation participe à la diffusion de réponses individualisées qui conduirait à responsabiliser les salariés. Nous souhaitons, dans cette recherche, approfondir la compréhension des processus d'individualisation des problèmes de santé au travail chez les acteurs de la santé au travail dans l'organisation et l'analyse des attitudes relatives à ces questions sensibles dans les organisations.

1. Cadre théorique

1.1 Santé psychique au travail et prévention

1.1.1 Les niveaux de prévention

- 2 La définition de la prévention des problèmes de santé psychique au travail, issue du champ de la santé publique, repose sur le modèle d'analyse du stress professionnel. Il est maintenant bien connu qu'elle se décline en trois niveaux d'intervention : primaire (causes), secondaire (processus) et tertiaire (conséquences) (Cooper et Cartwright, 1994, 1997 ; Hargrove et coll., 2011 ; Harvey et coll., 2006 ; Leka et Cox, 2008 ; Murphy, 1988 ; Stavroula et Cox, 2008 ; Vézina et coll., 2006). Cette simplification des enjeux psychiques du travail a le mérite de permettre d'organiser l'action de prévention et de lui donner une portée stratégique dans l'organisation : identifier les facteurs pathogènes dans les situations de travail puis les éliminer, les réduire et les éviter (prévention primaire) ; améliorer la gestion individuelle et collective des exigences du travail et des stratégies d'adaptation (prévention secondaire) ; et accompagner la réhabilitation de l'individu souffrant, en favorisant le retour au travail et assurer le suivi de sa situation (prévention tertiaire). Cette représentation donne à voir les leviers d'action permettant d'articuler les réponses préventives, les marches de progression possibles vers la prévention primaire. Il s'agit donc d'une stratégie modélisée et articulée autour de trois axes. Certains auteurs soulignent d'ailleurs qu'une politique organisationnelle exhaustive et efficace du stress doit intégrer ces trois dimensions (Cooper, Linkkonen et Cartwright, 1996 ; LaMontagne et coll., 2007a).

1.1.2 L'efficacité des pratiques organisationnelles

- 3 Différentes recherches ont interrogé l'efficacité des interventions. Les interventions de niveaux secondaire et tertiaire sont généralement associées à une baisse des manifestations psychologiques et physiologiques du stress, mais ces effets positifs ne seraient que de courte durée et d'ampleur limitée (Brun et coll., 2007 ; Murphy et Sauter, 2003). De plus, ces interventions centrées sur l'individu n'ont généralement pas d'impact sur la satisfaction au travail et la productivité, alors que celles centrées sur l'organisation ont des effets positifs sur la santé de l'individu, l'environnement psychosocial de travail et sur la performance de l'organisation. En effet, de nombreux auteurs soulignent l'efficacité supérieure des interventions de prévention primaire (Anderzen et Arnetz, 2005 ; Bourbonnais et coll., 2006 ; Brun et coll., 2007 ; Brusco et Pestiaux, 2000 ; Burke, 1993 ; Cooper et Cartwright, 2000 ; Dahl-Jorgensen et Saksvik, 2005 ; Eklof et Hagberg, 2006 ; Giga et coll., 2003 ; Gilbert-Ouimet et coll., 2011 ; Hansez et de Keyser, 2007 ; Kelloway et Barling, 2010 ; Kompier et Cooper, 1999 ; Kompier et Kristensen, 2000, 2005 ; LaMontagne et coll., 2007a ; Leka et Cox, 2008 ; Logan et coll., 2005 ; Ryan et coll., 2005 ; Semmer, 2011 ; St-Arnaud et coll., 2010 ; Stavroula et Cox, 2008 ; Vézina et coll., 2004). On

observe une amélioration significative des indicateurs relatifs à la détresse psychologique, à l'absentéisme et à la productivité (Bond et Bunce, 2001 ; Brun et coll., 2007 ; Lourijsen et coll., 1999 ; Nielsen, 2002). Ces interventions primaires peuvent entraîner des modifications de l'organisation du travail, une ouverture de l'offre de formation au management favorable à la gestion participative, la modification des horaires ou le renforcement du soutien social qui ont des effets bénéfiques sur la santé mentale et physique du personnel ainsi que sur l'absentéisme (Gilbert-Ouimet et coll., 2011 ; Kelloway et Barling, 2010). Enfin, la mise en œuvre d'une intervention de niveau primaire peut avoir une portée autre que l'identification du risque et sa maîtrise seule. Elle peut aussi être l'occasion de développer un processus visant l'amélioration des situations professionnelles, de la coopération entre acteurs de la santé au travail et la maturation de l'organisation dans sa prise en compte des questions de santé au travail (Rouat et Sarnin, 2013).

- 4 Toutefois, deux revues de littérature remettent en question l'efficacité des interventions organisationnelles généralement avancée sur le sujet. La méta-analyse de van der Klink et coll. (2001) met en avant le faible effet des interventions organisationnelles, notamment sur la perception du travail et la santé. Bergerman et coll. (2009) observent, quant à eux, que malgré plusieurs constats allant dans le sens d'une plus grande efficacité des interventions organisationnelles, leur impact sur l'organisation est limité. De plus, Lamontagne et coll. (2007a), s'ils soutiennent que les interventions qui visent l'individu semblent moins efficaces que les interventions organisationnelles, ils suggèrent que les premières sont un complément essentiel aux secondes. Ainsi, il demeure des limites théoriques et méthodologiques qui freinent l'efficacité des interventions (Graveling et coll., 2008 ; Griffiths, 1999 ; LaMontagne et coll., 2007b ; Leka et coll., 2010 ; Nielsen et coll., 2006, 2010a, 2010b ; Randall et coll., 2005, 2007 ; Richardson et Rothstein, 2008 ; Semmer, 2006 ; van der Klink et coll., 2001). Biron et Karanika-Murray (2014) expliquent qu'une des raisons de ce bilan mitigé de l'efficacité des interventions est le manque d'attention porté aux questions contextuelles et de processus. Sans cela, elles peinent à expliquer comment, quand et pourquoi les interventions ont des effets sur la santé mentale, le bien-être et la performance organisationnelle.
- 5 Enfin, il s'avère qu'en fonction de la forme de leur institutionnalisation, les conséquences des interventions peuvent être différentes : soit elles permettront de développer un débat collectif sur les causes de ces risques d'atteinte à la santé et les modes de régulation nécessaires des liens santé-travail, soit elles prendront la forme d'une normalisation des conduites et du travail lui-même. Cette dernière approche constitue un obstacle pour développer des situations propices à la santé au travail (Clot, 2014 ; Laoukili, 2015). Ce glissement d'une préoccupation de santé publique, s'intéressant plus spécifiquement aux risques d'exposition des populations aux agents toxiques et pathogènes, vers la santé au travail est critiqué par plusieurs auteurs (Clot, 2010a, 2010b, 2014 ; Laoukili, 2015 ; Lhuilier et Litim, 2009 ; Miossec et Clot, 2011 ; Raybois, 2010 ; Rouat et Sarnin, 2013 ; Sarnin, Caroly et Douillet, 2011 ; Volkoff, 1999). On voit alors apparaître des types d'interventions « hybrides », qui se concentrent à la fois sur l'identification des risques pour les supprimer et sur le développement des capacités et des ressources existantes et potentielles (Bauer et Jenny, 2012 ; Nielsen et coll., 2010a ; Tatu, 2015). Plusieurs auteurs soulignent également l'intérêt d'utiliser une approche pluriniveau dans l'intervention (Lamontagne, 2007a ; Martin et coll., 2014 ; Mellor et Webster, 2013).

1.1.3 Les pratiques de prévention

- 6 Si la plupart des auteurs considèrent la prévention primaire comme la plus efficace, les interventions centrées sur l'individu semblent les plus utilisées (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002 ; Bacharach et Bamberger, 2007 ; Courtemanche et Bélanger, 2000 ; Giga et coll., 2003 ; Hansez et de Keyser, 2007 ; Hansez, Bertrand et Barbier, 2009 ; Ivancevich et coll., 1990 ; Kompier et Cooper, 1999 ; Martin et coll., 2014 ; Murphy et Sauter, 2003 ; Semmer, 2003 ; Van Der Hek et Plomp, 1997 ; van der Klink et coll., 2001 ; Vézina et coll., 2006), en particulier : les formations à la gestion du stress ; les formations ou « coaching » proposés à des managers ; la mise en place de plans de carrière ; les débriefings (par exemple proposés à des personnels exposés à des fortes charges émotionnelles) ; ainsi que les actions qui visent l'amélioration de la gestion individuelle du stress (les « numéros verts », les traitements médicaux et psychothérapeutiques pour les symptômes et maladies liés au stress, les programmes d'assistance pour un stress post-traumatique ou d'aide au retour au travail après absentéisme prolongé).

Plus précisément, les techniques de relaxation musculaire combinées à des exercices physiques et les thérapies cognitives constituent les interventions les plus fréquentes en matière de gestion du stress en entreprise, bien qu'elles ne fassent pas apparaître d'effet sur la diminution des taux d'absence au travail (van Rhenen et coll., 2007).

- 7 De nombreuses études font aussi le constat de l'importance persistante des interventions individuelles (Bambra et coll., 2007 ; British Occupational Health Research Foundation, 2005 ; Egan et coll., 2007). Par ailleurs, van der Klink et coll. (2001) montrent que les interventions organisationnelles ne représentent que 10 % de l'ensemble des interventions. De surcroît, ils soulignent que les indicateurs pris en compte pour mesurer l'efficacité des interventions organisationnelles sont individuels, un seul étant organisationnel, l'absentéisme. Giga et coll. (2003) montrent, quant à eux, que dans une étude portant sur 16 interventions, la plupart sont orientées vers les employés. Enfin, si la vaste enquête de Geurts et Gründemann (1999), qui permet de classer des interventions mises en place dans 1 450 entreprises européennes, dévoile que les interventions les plus fréquentes sont primaires et orientées vers les conditions de travail, il faut toutefois noter qu'il s'agit principalement d'interventions visant à réduire les stressés physiques plutôt que les stressés psychosociaux. De la même manière, les programmes de promotion du bien-être au travail, même s'ils ont connu de significatives évolutions depuis les années 1970 (Chu, 2003 ; Expertise collective de l'INSERM ; LaMontagne et coll., 2007b), car plus intégratifs, et que de nombreux organismes internationaux vantent les bénéfices de telles démarches de santé publique, ces programmes restent quasiment exclusivement centrés sur les comportements individuels, laissant de côté l'activité réelle de travail et les risques qu'elle est susceptible d'entraîner (Leka et coll., 2003). On peut également noter que Hansez et coll. (2009) montrent aussi l'existence d'une faible utilisation de la prévention primaire. Sur 210 entreprises répondantes à l'enquête menée, 30 (14,30 %) ont déjà réalisé un diagnostic de stress, contre 150 (71,4 %) n'en ayant pas réalisé et ne prévoyant pas le faire prochainement. Ensuite, dans la mise en place des actions à la suite du diagnostic, les auteurs indiquent une représentation supérieure d'interventions centrées sur l'environnement de travail (due notamment aux évolutions réglementaires et à la taille de l'entreprise). Mais les auteurs soulignent finalement que

ces actions restent assez peu inscrites dans une perspective de suivi et d'évaluation des effets.

- 8 Cependant, l'enquête ESENER montre une évolution récente en faveur de mesures organisationnelles et environnementales (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2010). En effet, les mesures les plus utilisées pour traiter les risques psychosociaux, selon un panel de chefs d'entreprises interrogés, sont, premièrement, les formations ; deuxièmement, les modifications du mode d'organisation du travail ; troisièmement, la re-conception de l'espace du travail ; quatrièmement, l'assistance aux salariés de façon confidentielle ; cinquièmement, les modifications des horaires du travail ; et sixièmement, la mise en place d'une procédure de résolution de conflits (*ibid.*). Le rapport de l'Institute of Health Economics (Bergerman et coll., 2009) montre, quant à lui, que les trois interventions les plus utilisées dans les entreprises sont la redéfinition du poste de travail, le développement de la participation et de l'autonomie et la formation. Ces deux études montrent une fois de plus le manque de concordance des conclusions avancées. De plus, il est important de noter que la frontière entre les niveaux d'intervention n'est pas toujours suffisamment nette (Pignata et coll., 2014) pour faire un recensement clair des interventions au sein des entreprises.
- 9 Enfin, les interventions semblent de plus en plus se fixer sur la question de l'encadrement. La formation des managers à la gestion des risques psychosociaux des membres de leur équipe s'est développée de manière significative (Journaud et Pezé, 2012). Plusieurs auteurs critiquent ces pratiques qui privilégient des réponses d'ordre comportemental au détriment du développement d'une posture plus collective et qui touchent rarement aux causes structurelles des problèmes (Conjard, 2014 ; Detchessahar, 2013).
- 10 Ces différentes observations nous incitent à mieux comprendre les raisons de cette sous-utilisation de la prévention primaire et, plus largement, des interventions organisationnelles. Plusieurs auteurs (Askenazy, 2006 ; Brun et coll., 2003, 2007 ; Davezies, 2001 ; Douillet, 2014 ; Elkin et Rosch, 1990 ; Ivancevich et coll., 1990 ; Lorient, 2005 ; Lorient et coll., 2006 ; Rouat, 2010 ; Troyano et Rouat, 2014 ; Vézina et coll., 2006) cherchent à comprendre les raisons qui font obstacle à leur utilisation : la reconnaissance du problème, l'implication du collectif, la volonté collective d'agir sur les sources du problème, la recherche de la remise en question et la poursuite de changements dans l'organisation, les processus de dénégation de la souffrance au travail, les tensions relatives à la qualité du dialogue social. Ivancevich et coll. (1990) voient également dans cette sous-utilisation de la prévention primaire une responsabilité des praticiens de l'intervention à instaurer des modes d'action centrés sur l'individu, étant sans doute plus à l'aise avec l'approche individuelle. Enfin, la littérature fait également le constat d'une tendance à l'individualisation des difficultés exprimées dans les milieux professionnels qui consiste à interpréter les plaintes par des causes personnelles et à produire des réponses axées sur l'individu. Cette individualisation constituerait un obstacle à la prévention primaire. Plusieurs auteurs étudient les ressorts de cette individualisation des problèmes sociaux conduisant au risque de psychologisation de la réponse (Buscetto et coll., 2008 ; Davezies, 2001 ; Hepburn et Brown, 2001 ; Lhuillier et Litim, 2009).

1.2 Les processus d'individualisation : une limite pour la prévention

- 11 La psychologisation de l'intervention est notamment critiquée dans le champ de l'action sociale (Bresson, 2012) et de la clinique du travail (Clot, 2010a, 2010b ; Lhuilier, 2010) car elle vise à résoudre les problèmes sociaux par la transformation des individus. De notre point de vue, la psychologisation de l'intervention découle en partie de l'individualisation des modes d'interprétation des causes de la souffrance au travail. Deux processus qui laissent dans l'ombre les dimensions sociales et collectives dans l'émergence des formes de souffrance au travail autant que dans les modes d'intervention susceptibles de transformer les situations de travail¹.

1.2.1 Une résistance de l'organisation

- 12 Ainsi, nous pouvons observer un paradoxe entre l'efficacité perçue de la prévention primaire et sa sous-utilisation dans les organisations. Ceci nous amène à interroger la nature du rapport que les acteurs de la santé au travail entretiennent avec la santé psychique au travail, et les causes qui peuvent l'affecter. Ce rapport-là conditionne en partie l'engagement de l'organisation et l'intérêt qu'elle porte aux questions de prévention et aux actions qui en découlent. La tendance à l'individualisation relève d'une certaine manière du rapport que les organisations entretiennent avec la santé psychique au travail. Nous pouvons constater, en effet, que malgré la connaissance des enjeux humains et financiers (Brun et Lamarche, 2006 ; Goetzel et coll., 2003 ; Harnois et Gabriel, 2000) et la mise en visibilité des questions de santé au travail (Gollac et Volkoff, 2006), subsiste encore une résistance de la part des entreprises à s'engager dans la prévention ou à l'associer uniquement à une contrainte en cherchant à échapper à leur obligation (Askenazy, 2006). Dans le même temps, l'argument qui est avancé est celui de la nature abstraite de la cause des souffrances ressenties. Cette cause n'est pas le résultat d'une exposition à un dispositif matériel, mais réside largement dans l'organisation du travail (Gollac et Volkoff, 2006). Aussi, la relation qu'entretient l'organisation à la santé psychique semble être alimentée par cette « résistance », se traduisant par une attitude qui vise à relativiser les problèmes et les plaintes, à individualiser les difficultés et à « psychologiser » la réponse. Le choix des outils de mesure et leur utilisation reflètent d'ailleurs les valeurs des organisations et de leurs dirigeants (Roy et coll., 2008).

1.2.2 Les ressorts de l'individualisation et ses conséquences

- 13 Ces constats amènent ainsi à considérer les ressorts de cette résistance de l'organisation à prévenir les causes et à « psychologiser » l'action. L'interprétation que les organisations font des causes qui fragilisent la santé psychique est alimentée par des processus spécifiques conduisant à des formes d'individualisation des difficultés exprimées par les salariés. Par exemple, les directions d'entreprises apprécient particulièrement l'apport des théories cognitives du stress (Davezies, 2001). Ces théories s'appuient sur une vision rendant la réaction du stress dépendante de l'évaluation que l'individu fait de sa situation et renforcent en ce sens l'interprétation individuelle des plaintes exprimées par les salariés pour dénoncer leurs conditions de travail. Cette réalité est donc profondément subjective, difficilement mesurable et imputable à l'organisation seule. Ainsi, le thème actuellement envahissant du « stress » (Buscatto et coll., 2008 ; Lhuilier et Litim, 2009) met en relief ces processus d'individualisation des problèmes sociaux (Hepburn et Brown,

2001). Les modes d'intervention les plus répandus sont le résultat de cette distorsion dans l'interprétation des causes et conduisent fatalement à responsabiliser les salariés individuellement. Vézina et coll. (2006) trouvent dans cette tendance à individualiser les problèmes et à « psychologiser » les solutions une explication à la difficulté éprouvée par les employeurs à construire des actions de prévention primaire. La difficulté liée à la définition et à la mesure de ces facteurs participe en quelque sorte à ce découragement général. Ainsi, cette tendance peut peser considérablement sur le choix de l'orientation en matière de prévention et, souvent, conduit à une psychologisation de l'intervention. Celle-ci constitue un véritable risque pour la santé individuelle et une entrave à l'action préventive collective (Loriol et coll., 2006 ; Vézina et coll., 2006). En effet, l'individu se retrouve seul à porter le poids des difficultés sans que soient remis en cause les choix structurels et « penser les problèmes et difficultés sur le registre de la souffrance signifie mettre l'accent sur le vécu personnel, la dimension psychique et individuelle » (Loriol, 2005, p. 39). À partir de là, il devient évident de considérer la réponse à la souffrance essentiellement sous l'angle de l'écoute de récits singuliers.

- 14 Enfin, cette tendance à « psychologiser » la réponse, c'est-à-dire à orienter la réponse vers l'individu et sa capacité à gérer son stress ou vers l'écoute de sa souffrance est qualifiée par Clot (2010a) de « despotisme compassionnel ». Il décrit comment les organisations sont prises dans une tentation du psychologique qui les amène à instaurer des espaces de paroles, des cellules d'écoute de la souffrance et qui les détourne de l'analyse du travail réel. Il ajoute que les pratiques de gestion des risques psychosociaux considérées « bonnes » glissent vers un hygiénisme renaissant et une tentation compassionnelle, externalisant le traitement et imposant de nouvelles prescriptions comportementales dans l'entreprise. Pourtant, le rôle que doit jouer l'organisation est souligné et mis en avant comme une condition essentielle à la réussite de l'action de prévention. Pour cela, il est nécessaire que les responsables de l'organisation connaissent et reconnaissent les réelles difficultés du travail et déterminent de façon réaliste ce qui est acceptable (Vézina, 2007, chapitre 5).

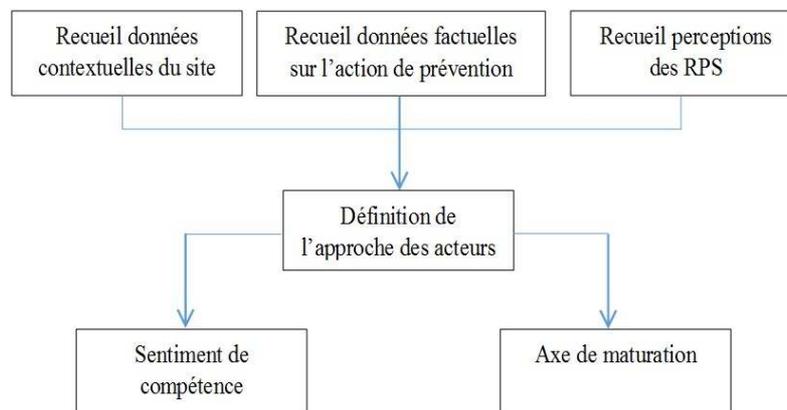
2. Problématique, objectifs de l'étude et hypothèses

- 15 Compte tenu des constats recueillis dans la littérature, nous choisissons d'aller plus loin dans la compréhension des mécanismes psychosociaux conduisant à des processus d'individualisation des causes de RPS pouvant alimenter une psychologisation de l'intervention. Nous souhaitons également interroger plus précisément les processus qui sous-tendent les formes de psychologisation de l'intervention.
- 16 Dans cette recherche, nous nous interrogeons donc sur la réalité de cette individualisation des difficultés vécues au travail dans les perceptions de différents acteurs de la santé au travail. Premièrement, nous voulons donc vérifier les perceptions que ces acteurs ont des causes de RPS. En effet, cette individualisation des problèmes de santé au travail se retrouve-t-elle, explicitement, dans leur perception ? La nature de ces perceptions varie-t-elle en fonction du type d'acteur et de la position dans l'organisation ? Nous avons mené une recherche dans le secteur de l'industrie de la chimie, auprès de différents acteurs de la prévention, sur la perception des facteurs ayant potentiellement une influence sur l'apparition de RPS. Deuxièmement, nous cherchons à comprendre les processus qui sous-tendent les pratiques mises en œuvre dans les

organisations afin d'approfondir la connaissance sur les ressorts de la psychologisation de l'intervention.

- 17 Plus largement, l'objectif de notre intervention était d'impulser une démarche en santé au travail au niveau national en travaillant sous l'angle des RPS. L'intervention consistait à évaluer la situation des pratiques de prévention des sites français en réalisant un diagnostic de l'existant. Ce diagnostic interroge trois types d'informations : des données contextuelles du site vis-à-vis des RPS, des données factuelles relatives aux actions de prévention, et les perceptions que les acteurs de la santé au travail ont des RPS. Ces différentes données nous aident à connaître la situation de chacun des sites en matière de prévention des RPS, à définir leur approche de la prévention ainsi que les logiques qui la sous-tendent. Les données recueillies nous aident alors à apprécier un sentiment de compétence à intervenir sur ces problématiques, à dresser des axes d'amélioration pour une future action préventive, ainsi qu'à estimer le niveau de « maturité » de l'organisation sur les questions liées à la santé au travail (Rouat, 2010). La figure qui suit permet de résumer les objectifs généraux de la démarche conduite dans cette organisation.

Figure 1. Démarche générale d'évaluation des pratiques de prévention dans l'organisation



- 18 Nous centrons ici notre propos sur la perception des causes de RPS par les acteurs de la santé au travail. L'objectif principal est, en effet, d'établir de quelle manière sont évalués les facteurs de RPS : identifie-t-on des liens de causalité centrés sur les dimensions du travail ou centrés sur les caractéristiques personnelles de l'individu, sous-tendant ainsi une individualisation des problèmes de santé psychologique au travail ? Par la suite, la recherche a consisté à recenser des pratiques mises en œuvre en matière de prévention et à les mettre en discussion avec les acteurs de la santé au travail.
- 19 À l'instar des travaux sur la perception du risque (Kouabenan et coll., 2006 ; Slovic, 1994, 1987), nous pouvons nous attendre à ce que la perception des causes de RPS varie selon le type d'acteurs. Nous faisons l'hypothèse que les représentants de la direction mettent davantage l'accent sur les difficultés personnelles dans l'émergence des RPS que les représentants du personnel (*hypothèse 1*). Les éléments de réponse à cette hypothèse nous permettront d'envisager ou pas les spécificités de l'approche qu'ont les acteurs de la santé au travail sur la prévention des RPS en comparaison avec les salariés qui peuvent y être exposés.

- 20 Enfin, l'article propose d'élargir la compréhension des processus qui sous-tendent les pratiques organisationnelles dans le champ de la santé au travail, en analysant en particulier les ressorts relatifs à la psychologisation de l'action. Pour cela, il interroge la perception des RPS par les acteurs de la santé au travail et le degré de persistance des phénomènes d'individualisation des formes d'expression de la souffrance au travail. Différents travaux montrent, en effet, que la perception du risque, notamment sur les situations d'accidents et de sécurité au travail, influence les comportements (Kouabenan et coll., 2006). Les perceptions semblent jouer un rôle central, autant dans la survenue des accidents que dans le succès des actions de prévention. L'incertitude des situations à risque active les croyances et les processus inférentiels et les situations risquées conduisent à mettre en œuvre des démarches d'évaluation qui influencent les stratégies de prévention. L'évaluation du risque dépend des caractéristiques intrinsèques du risque et de la croyance en ses capacités personnelles à y faire face, ainsi que de la position d'acteur qu'on occupe. Mais, concernant les RPS, peu d'études se sont intéressées à la perception du risque et à la mise en place d'actions de prévention. L'étude de Roques, Passerault et Beaur (2009) souligne cependant que la perception du risque de stress professionnel génère des biais de perception centrés sur l'optimisme comparatif. Ainsi, les personnes ont tendance à se considérer davantage à l'abri que leurs collègues face au risque de stress professionnel. Cet optimisme comparatif (Scheir et Carver, 1988 ; Weinstein, 1984) peut alors constituer un frein à la prévention. Toutefois, les études ne ciblent pas les acteurs de la prévention dans l'organisation mais les salariés eux-mêmes. Notre étude cible, quant à elle, la perception des RPS par les acteurs en charge des questions de santé au travail et la manière dont elle peut affecter les pratiques mises en place. Toutefois, nous faisons l'hypothèse que la relation entre la perception des causes de RPS et les pratiques mises en place n'est pas linéaire, mais qu'entre les deux s'intercalent des processus psychosociaux spécifiques faisant dévier l'orientation de l'action en la dirigeant vers l'individu. Ces processus ne relèvent pas uniquement de biais perceptifs propres à l'individu mais de processus socialement construits, partagés et modelés par la qualité des relations entre acteurs. Nous émettons l'hypothèse que l'exposition au conflit social entre acteurs est un déterminant essentiel du déclenchement d'interventions centrées sur l'organisation du travail ou sur l'individu. Aussi, nous pensons que l'orientation de l'intervention sera davantage déterminée par la qualité des relations sociales entre acteurs que par la perception qu'ils ont des RPS (*hypothèse 2*).

3. Méthode

- 21 Cette intervention est réalisée au sein d'une vingtaine de sites appartenant à un Groupe international de l'industrie de la chimie. Nous avons mis en œuvre une méthode associant le questionnaire et les entretiens collectifs. Nous avons ainsi interrogé des représentants de la direction et des représentants du personnel (IRP). Dans cette démarche, un questionnaire a donc été proposé à des acteurs de la santé au travail. Ils ont indiqué ainsi, parmi d'autres questions qui ne relèvent pas de cet article, l'impact qu'ils accordent, en fonction de leur perception, à différents facteurs dans la genèse des RPS. Ce questionnaire a été complété par la réalisation d'entretiens collectifs.
- 22 Plus précisément, le questionnaire devait permettre aux chercheurs de connaître la situation de chacun des sites sur l'état des pratiques en matière de prévention des RPS, tel que les acteurs de la santé au travail en avaient connaissance. Il avait également pour

objectif de connaître la manière dont ils percevaient la problématique des RPS au sein de leur site ainsi que le degré de partage de ces perceptions entre eux, et cela en fonction du type d'acteurs interrogés. Le questionnaire a donc été utilisé pour capter à un moment précis les perceptions des causes de RPS et des pratiques de prévention. L'approche qualitative a ensuite cherché à explorer les processus sous-jacents qui définissent ces perceptions et ces pratiques. En effet, l'entretien collectif a été utilisé dans l'objectif de comprendre les processus qui soutiennent ces perceptions et les pratiques mises en œuvre par l'organisation. Il a aussi permis de recueillir les zones d'accords et de désaccords entre acteurs. Il avait également pour objectif de permettre de recueillir des éléments d'analyse sur les mécanismes conduisant à des formes de psychologisation de l'intervention. Pour cela, l'entretien s'est basé, en partie, sur les résultats obtenus à l'aide du questionnaire pour les mettre en discussion avec les participants.

3.1 Population

- 23 Cette démarche de recherche s'inscrit donc dans une dynamique plus globale qui a pour objectif d'autonomiser chacun des sites sur les questions de la prévention des RPS. Aussi, chacun des directeurs a été invité à organiser en interne la démarche et à identifier chacun des acteurs de la santé au travail sur son site. Les questionnaires ont été adressés par courriel à chacun des acteurs identifiés qui l'ont ensuite retourné par le même média. La confidentialité des réponses a été garantie par les chercheurs. Les consignes pour identifier les acteurs de la santé au travail ont été explicitées par les chercheurs à l'ensemble des directeurs de site. Ils comprennent les directeurs de site, directeurs adjoints, DRH², responsables HSE³, responsables de services (soit les représentants de la direction), les membres élus du CE⁴, élus du CHSCT⁵ et délégués du personnel et délégués syndicaux (soit les représentants du personnel) et les services de santé au travail (médecins du travail et infirmières). Par conséquent, chaque acteur a été identifié et invité à répondre au questionnaire
- 24 Chaque entretien collectif a été organisé par un représentant de la direction de chacun des sites. Il a réuni une partie des personnes qui avaient répondu au questionnaire. Mais compte tenu du nombre limité de participants que pouvait réunir un entretien collectif, toutes les personnes interrogées par questionnaire n'ont pas pu y participer. En revanche, celles qui ont participé à l'entretien ont préalablement répondu au questionnaire. Compte tenu de cette limite, les consignes données par les chercheurs aux représentants de direction étaient d'inviter des acteurs de la santé au travail en respectant les critères de la diversité (l'entretien devait refléter la diversité des acteurs de la santé au travail présents dans le site) et de la parité (il devait y avoir autant de représentants de la direction que de représentants du personnel). Les chercheurs ont choisi d'interroger collectivement les acteurs en associant, dans les entretiens, représentants de la direction et IRP. Ils ont souhaité mixer les groupes dans le but de créer une controverse susceptible de provoquer un débat sur les questions relatives aux perceptions et pratiques de prévention. La littérature mettant en avant une diversité des perceptions des acteurs, nous avons souhaité susciter cette confrontation des points de vue et analyser leurs effets dans l'entretien, ce que nous ne pouvons obtenir en organisant des groupes homogènes selon le statut et la position. Ainsi, cette richesse de points de vue pouvait permettre de pointer des décalages sur les actions souhaitées par les uns et finalement mises en œuvre par les autres et donc estimer le degré de partage

des pratiques de prévention. Cette situation avait également l'avantage d'observer la manière dont ces acteurs, définis par des positions différentes dans l'organisation, interagissent autour d'un objet de discussion tel que celui des RPS et des modes d'intervention.

- 25 Malgré la taille limitée des entretiens (environ 12 participants), nous avons veillé autant que possible à respecter les critères de pluridisciplinarité et de parité au sein des entretiens. Chaque entretien a été réalisé sur site et avait une durée de trois heures environ. Par ailleurs, nous avons respecté la règle du volontariat. Deux intervenants ont conduit les entretiens afin de permettre une prise de notes optimale dans la mesure où l'enregistrement n'a pas été réalisé.

3.2 Le questionnaire : matériel

- 26 Le questionnaire a pour but de recueillir des éléments d'information permettant de définir la situation de chaque site concernant la prévention des RPS, et cela, à un moment précis. Il s'agit d'apprécier l'existant en matière de pratiques de prévention en référence aux données sociologiques de l'entreprise (taille, acteurs, etc.), aux données factuelles (événements saillants, déclenchement d'action de prévention, structuration de réponses et d'outils) et aux données subjectives (perception des RPS, perception des causes de RPS, perception des besoins en matière de prévention). L'objet de cet article se centre sur la perception des causes de RPS. Celle-ci a été mesurée en proposant six items pointant chacun vers un type de cause communément proposé par la littérature⁶ et élaborés dans le cadre d'une phase d'intervention préalablement menée avec les acteurs de cette entreprise⁷. Par conséquent, les acteurs interrogés ont répondu à un questionnaire comportant, parmi d'autres questions portant sur les pratiques de prévention, une question leur demandant d'indiquer dans quelle mesure ils estiment que certains facteurs jouent un rôle dans l'apparition de RPS. Les participants donnent ainsi une évaluation de leur perception des principales causes de RPS. Afin de ne pas situer les participants sur des considérations trop décontextualisées, la question posée fait référence à leur contexte et non de manière générale : « *D'après vous quelles sont les principales causes de risques psychosociaux au travail sur votre site ?* »

- Contraintes de travail (contenu du travail, charge de travail, manque de ressources, autonomie insuffisante) ;
- Difficultés relationnelles (mauvaise qualité des relations de travail, conflits avec la hiérarchie, conflits entre collègues) ;
- Difficultés personnelles ;
- Problématiques internes au Groupe (réorganisations, changements) ;
- Relations avec les clients ;
- Contexte économique et environnement concurrentiel.

- 27 Sur les six facteurs, on observe une répartition que l'on peut définir ainsi : deux facteurs relèvent de l'organisation du travail (contraintes de travail et problématiques internes au Groupe) ; un facteur relève de l'individu (difficultés personnelles) ; un facteur est associé aux relations de travail ; un facteur concerne les situations de violence externe (relations avec les clients) ; et un facteur relève des dimensions socio-économiques globales (contexte économique et environnement concurrentiel). Nous avons volontairement choisi de ne pas définir dans le questionnaire les RPS afin de recueillir des perceptions spontanées et non orientées par une définition théorique. L'action des acteurs en matière

de santé au travail est largement soumise aux définitions qu'ils donnent aux situations, et c'est cela que nous voulons approcher.

- 28 Les participants disposent d'échelles de type Lickert pour évaluer l'importance de chacune des dimensions proposées dans le processus de genèse des risques psychosociaux soit 1 « cause très peu importante », 2 « cause peu importante », 3 « cause neutre », 4 « cause importante » et 5 « cause très importante ». La distribution des résultats ne présentant pas les conditions de normalité, les données sont traitées avec des tests non paramétriques (U de Mann et Whitney, test de Wilcoxon).

3.3 L'entretien collectif : méthode d'animation et grille d'analyse

- 29 Les entretiens collectifs se sont déroulés au travers de modalités d'organisation homogènes : nous avons présenté : 1) dans un premier temps, les résultats des questionnaires adressés par les acteurs du site lui-même et nous avons proposé ensuite un temps d'échange libre sur certains éléments importants. Ces entretiens ont pris la forme d'entretien d'approfondissement de l'évaluation des pratiques de prévention ; 2) dans un second temps, nous avons proposé aux participants de réfléchir à deux types de situations : une, dont le traitement apparaissait satisfaisant aux yeux des participants, une autre, qui semblait poser (ou avoir posé) plus de difficultés. Il s'agissait de restituer les difficultés dans le contexte et de questionner les modes d'articulation et de coopération pour intervenir sur ces situations. Les entretiens ont ainsi pris la forme d'échanges libres dans chaque groupe ; 3) enfin, l'entretien collectif se terminait par un exercice destiné à situer le site sur les différents niveaux de prévention et à relever les attentes et suggestions de chaque participant.
- 30 Afin d'instaurer les conditions d'une expression la plus libre possible, et compte tenu des rapports hiérarchiques que le mixage des groupes suppose, les chercheurs ont choisi pour cela de débiter l'entretien par la présentation des résultats du questionnaire. Cela a permis, en effet, de rassembler les participants sur un objet de discussion, d'éviter la personnalisation des interventions et a pu faciliter l'expression de chacun. Les chercheurs ont également pris soin d'inviter chaque participant à s'exprimer et d'éviter qu'une même personne prenne tout l'espace de la discussion. Enfin, les chercheurs ont, dès le début de l'entretien, dans la présentation des consignes, insisté sur le fait que le mixage pouvait rendre difficile l'expression de chacun, mais que la démarche avait pour objectifs d'interroger des acteurs de la santé au travail, en charge de questions complexes et de comprendre leurs façons de faire, ce qu'ils font déjà, leurs pratiques et les difficultés auxquelles ils font face.
- 31 Plus largement, en alimentant la connaissance des pratiques de prévention dans les différents sites du Groupe, les entretiens collectifs permettent de provoquer un temps d'échanges autour de la situation du site en mettant l'accent sur les besoins et leviers d'action identifiés par les acteurs de la santé au travail et de déceler les logiques qui sous-tendent l'approche des sites sur les questions de prévention des RPS. Enfin, les entretiens permettent de faire le relevé des outils et procédures produits par chacun des sites pour prévenir et intervenir sur ces risques.
- 32 De manière générale, l'analyse des entretiens collectifs a respecté la grille d'entretien précédemment explicitée. Concernant le premier axe (approfondissement des questionnaires), l'analyse a cherché à extraire les décalages et incohérences relatives aux perceptions des pratiques existantes et les processus de mises en œuvre des actions de

prévention et de traitement, à connaître le degré de partage sur la connaissance de la situation du site sur les questions de santé au travail ; le second axe interrogeant les situations problématiques auxquelles les acteurs ont été confrontés et qui ont ou pas trouvé une issue favorable a amené les chercheurs à analyser les leviers d'action mobilisés par ces acteurs dans le traitement des situations ou les conditions d'empêchement de leur activation, c'est-à-dire les freins à l'action, ainsi que les contextes d'émergence perçus des problématiques en question ; le troisième axe qui visait à situer les sites sur la question des pratiques de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) a permis d'analyser la perception que les acteurs ont de la situation des pratiques de prévention, de la discuter à partir des décalages avec la réalité de cette situation, à faire le relevé des facteurs explicatifs de ces positionnements et les marges de progression futures. De manière plus spécifique, les chercheurs ont établi une grille d'analyse des entretiens portant systématiquement au traitement des données les thèmes suivants, dépassant pour la plupart l'objet de cet article : les actions déjà réalisées et les modes de régulation trouvés par les acteurs ; les conditions de mise en œuvre de ces actions, leur suivi et leurs résultats ; les problématiques auxquelles les acteurs doivent faire face ; les perceptions en lien avec la prévention des RPS- ; les outils et dispositifs en place et leurs conditions de fonctionnement ; le sentiment de compétence à traiter et prévenir les RPS ; les besoins et attentes exprimés ; les zones de vigilance identifiées concernant la situation du site au sujet des RPS ; les facteurs facilitant la prévention. Les chercheurs ont alors procédé à une analyse thématique transversale des entretiens en s'attachant à relever les thèmes spontanément exprimés à partir des axes proposés à la discussion et leurs occurrences ainsi que les éventuelles variations dans les discours.

4. Résultats

4.1 Population répondante

33 Au total, 157 acteurs ont été repérés par les différents directeurs sur l'ensemble du groupe (min = 2 acteurs ; max = 16 acteurs)⁸, 80 représentants de direction et 77 représentants du personnel. Le questionnaire a été adressé à l'ensemble de ces acteurs. Le taux de réponse a été de 87,2 %, soit 137 répondants. Cet effet est particulièrement observé chez les représentants du personnel. Ce taux de réponse élevé s'explique par l'effet de mobilisation suscité par la démarche globale mise en œuvre. La population de notre échantillon se répartit comme suit :

Tableau 1. Répartition de la population répondant au questionnaire

	Représentants de la direction	Représentants du personnel
<i>n</i>	63	74
Fréquence dans l'échantillon (n = 137)	46 %	54 %
Fréquence dans la population générale d'acteurs de la santé au travail (N = 157)	40 %	47 %

- 34 Sur 137 répondants, on comptait 63 représentants de la direction (directeurs de site, directeurs adjoints, directeurs ou responsables des ressources humaines, responsable HSE, responsables de service) et 74 représentants du personnel (élus du CHSCT, membres élus du CE, délégués syndicaux).
- 35 Ensuite, 16 entretiens collectifs ont été réalisés⁹, réunissant une partie des acteurs de la santé au travail préalablement interrogée par questionnaire. Au total, 118 participants ont été présents lors des entretiens collectifs, répartis le plus également possible selon la règle de la parité, auxquels pouvait aussi se joindre les acteurs des services de santé au travail, lorsque cela a été possible. Les entretiens collectifs ont compté 8,25 participants en moyenne (mini = 4 ; maxi = 12). Parmi eux, on compte 57 représentants de la direction et 61 représentants du personnel.

Tableau 2. Répartition des participants aux entretiens collectifs

	Représentants de la direction	Représentants du personnel
<i>n</i>	57	61
Fréquence dans l'échantillon (n = 118)	48,3 %	51,7 %
Fréquence dans la population générale d'acteurs de la santé au travail (N = 157)	36,3 %	38,8 %

4.2 Perception des causes de RPS pour l'ensemble de la population et par sous-population (représentants de la direction et IRP)

- 36 L'évaluation des facteurs participant à la genèse des RPS par l'échantillon total dégage trois dimensions majeures :

Tableau 3. Évaluations moyennes des différents facteurs par l'échantillon total

	Contraintes de travail	Problématiques internes au Groupe	Difficultés relationnelles	Difficultés personnelles	Contexte économique et environnement concurrentiel	Relations avec les clients
Moyennes	3,65	3,31	3,09	2,03	1,64	1,23
Écarts types	1,54	1,43	1,40	1,37	1,18	,74

- 37 Les « contraintes de travail », les « problématiques internes au Groupe » et les « difficultés relationnelles » sont vues comme des facteurs générateurs de RPS. Les « difficultés personnelles », « l'environnement concurrentiel » et les « relations avec les clients » sont évalués comme participant beaucoup moins à l'émergence de RPS. Il apparaît surprenant d'observer que l'impact « des relations avec les clients » apparaît

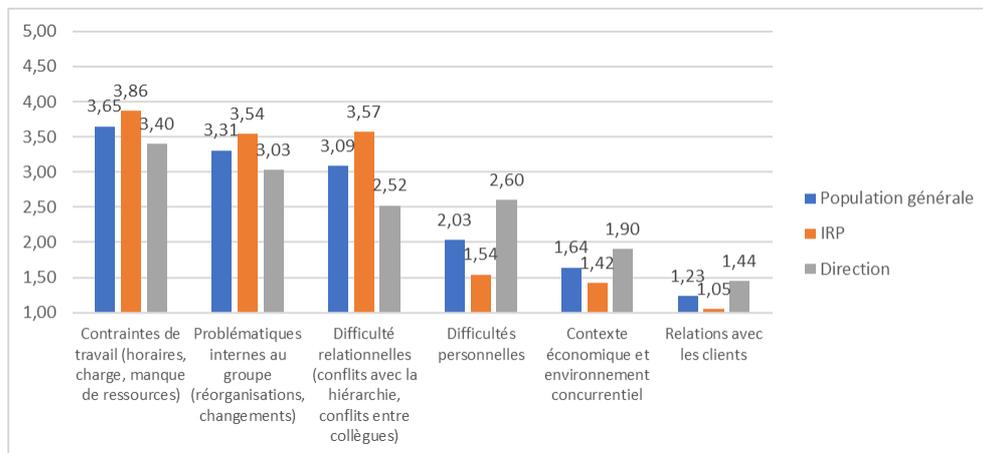
comme un thème assez mineur au regard du secteur d'activité de l'entreprise. Ce facteur a pourtant été longuement souligné par le comité central du Groupe. On observe donc un décalage dans la perception que les acteurs du Groupe et les acteurs locaux de la santé au travail ont des facteurs de RPS, ce qui peut faire obstacle à la pertinence des actions de prévention développées.

- 38 Le test de Friedman pour plan à mesures répétées montre une différence significative entre les évaluations des différentes causes ($\chi^2 = 239,19, p < 0,001$). Un test de Wilcoxon permet de spécifier les différences et montre que les évaluations moyennes des impacts des « contraintes de travail » et des « problématiques internes au Groupe » sont sensiblement équivalentes. Le poids des contraintes de travail dans la genèse des RPS est perçu comme significativement supérieur à celui des « difficultés relationnelles » ($Z(136) = -3,36, p < 0,01$), des « difficultés personnelles » ($Z = -6,412, p < 0,001$), du « contexte économique » ($Z = -7,87, p < 0,01$) et des « relations avec les clients » ($Z = -9,02, p < 0,01$).
- 39 On constate aussi que l'évaluation de l'impact des « difficultés personnelles » dans la genèse des RPS est significativement inférieure à celle de trois facteurs que l'on peut considérer comme liés aux problématiques vécues au travail : « contraintes de travail » ($Z = -6,41, p < 0,01$), « problématiques internes au Groupe » ($Z = -5,48, p < 0,01$), « difficultés relationnelles » ($Z = -5,077, p < 0,001$). Cet impact est cependant évalué comme significativement supérieur à celui du « contexte économique » ($Z = -2,17, p < 0,03$) et des « relations avec les clients » ($Z = -5,54, p < 0,01$).
- 40 Ces premiers résultats concernant la population générale indiquent ainsi une perception des causes des RPS se centrant davantage sur les problématiques de travail que sur des difficultés inhérentes à l'individu. L'introduction de la variable relative au statut mène sensiblement aux mêmes conclusions. Ainsi, les évaluations des causes des RPS s'ordonnent de manière sensiblement similaire à celles de la population générale pour les deux groupes d'acteurs :

Tableau 4. Évaluations moyennes de l'impact des facteurs proposés dans la genèse des RPS en fonction du statut (N = 137)

		Contraintes de travail	Problématiques internes au Groupe	Difficultés relationnelles	Difficultés personnelles	Contexte économique et environnement concurrentiel	Relations avec les clients
Direction	Moyenne	3,39	3,03	2,52	2,60	1,90	1,44
	Écart type	1,62	1,54	1,49	1,60	1,38	1,01
IRP	Moyenne	3,86	3,54	3,56	1,54	1,41	1,05
	Écart type	1,44	1,29	1,13	0,89	0,93	0,28
	Différence	=	=	$U = 1441, p < 0,01$	$U = 1504, p < 0,01$	$U = 1944, p < 0,03$	$U = 2005, p < 0,01$

Figure 2. Histogramme des évaluations moyennes de l'impact des facteurs proposés dans la genèse des RPS en fonction du statut et par la population générale¹⁰.



- 41 Dans cette figure, à la troisième colonne, le mot difficulté à la première ligne devrait prendre un s.
- 42 On retrouve, pour chacun des groupes, un bloc « contraintes de travail », « problématiques internes au Groupe » et « difficultés relationnelles » présent alors que les deux facteurs « relations avec les clients » et « contexte économique » sont donnés comme intervenant peu dans la genèse des RPS. On constate donc une certaine cohérence entre les évaluations des deux niveaux d'acteurs et celle de la population générale. Néanmoins, les « difficultés personnelles » sont relativement présentes pour le groupe direction alors qu'elles se situent au même niveau que les « relations avec les clients » et le « contexte économique » pour les IRP.
- 43 Les données relatives aux évaluations moyennes effectuées par les acteurs de la direction ont été traitées au moyen d'un test de Friedman. Les résultats montrent une différence significative entre les évaluations des différentes causes ($\chi^2 = 58,93, p < 0,01$). Une analyse par un test de Wilcoxon nous permet d'approfondir ces résultats et de déterminer que les évaluations moyennes de l'impact des « contraintes de travail » sur l'émergence de RPS faites par les acteurs de la direction sont significativement supérieures aux évaluations moyennes des autres facteurs, hormis le facteur « problématique interne au groupe » qui ne montre pas de différence significative (cf. figure 2) (contraintes de travail/difficultés relationnelles, $Z = -2,86, p < 0,01$, contraintes de travail/difficultés personnelles, $Z = -2,182, p < 0,02$, contraintes de travail/contexte économique, $Z = -4,39, p < 0,01$, contraintes de travail/difficultés avec les clients, $Z = -5,38, p < 0,01$).
- 44 Par ailleurs, bien que les acteurs de la direction évaluent l'impact des « difficultés personnelles » comme significativement inférieur à celui des « contraintes de travail » ($Z(62) = -2,18, p < 0,02$), cet impact des « difficultés personnelles » ne se distingue pas significativement de celui des « problématiques internes au Groupe » ou des « difficultés relationnelles ». Par ailleurs, l'impact moyen attribué aux « difficultés personnelles » est significativement supérieur à l'impact évalué des « relations avec les clients » ($Z = 64,11, p < , 01$) et du « contexte économique » ($Z = -2,22, p < , 02$) (cf. figure 2). Il en va différemment pour les membres des IRP.
- 45 En effet, les données relatives aux évaluations moyennes effectuées par les membres des IRP montrent une différence significative entre les évaluations des différentes causes ($\chi^2 =$

314,38, $p < 0,01$). De plus, l'impact moyen évalué par les IRP des « contraintes de travail » se retrouve au même niveau que l'impact moyen évalué des « difficultés relationnelles » et des « problématiques internes au Groupe » (cf. figure 2). Il semble que, pour les IRP, ces éléments directement liés aux problématiques de travail dans l'organisation aient sensiblement le même niveau d'impact dans la genèse de RPS. Ces résultats indiquent également que l'impact moyen des « difficultés personnelles » est significativement inférieur à celui des « contraintes de travail » ($Z(73) = -6,54, p < 0,01$), des « difficultés relationnelles » ($Z = -6,73, p < 0,01$) et des « problématiques internes au Groupe » ($Z = -6,30, p < 0,01$). L'impact de ces « difficultés personnelles » est néanmoins significativement supérieur à celui des « relations avec les clients » ($Z = -3,99, p < 0,01$) (cf. figure 2).

4.3 Différences d'évaluation des facteurs intervenant dans la genèse des RPS entre les deux groupes d'acteurs (Direction et IRP)

- 46 Malgré cette apparente cohérence, la comparaison de moyennes nous indique des différences d'évaluations moyennes significatives en fonction du groupe d'acteurs. Si on ne constate pas de divergence entre les points de vue des deux groupes d'acteurs au sujet des impacts de problématiques liées au travail (pas de différences significatives entre les évaluations moyennes des acteurs de la direction et des membres des IRP pour les évaluations des « contraintes de travail » et des « problématiques internes au Groupe »), les « difficultés relationnelles » sont, en revanche, évaluées de manière significativement supérieure par les IRP par rapport au groupe direction. Les « difficultés personnelles » sont, elles, évaluées de manière significativement supérieure par les acteurs de la direction par rapport aux membres des IRP. On constate également une évaluation plus importante de l'impact des relations avec les clients et du contexte économique de la part des acteurs de la direction (cf. tableau 4).
- 47 On peut estimer, au final, que les résultats obtenus auprès de cette population, indiquent une perception des facteurs participant à l'émergence de RPS comme davantage liés aux problématiques de travail qu'à de seules caractéristiques personnelles tant au niveau de l'échantillon global qu'à celui des IRP. Ce constat semble également valide pour la population des représentants de la direction ; les « contraintes de travail » sont bien perçues comme une cause plus importante de RPS que le reste des facteurs, notamment les « difficultés personnelles ». Néanmoins, le poids des « difficultés personnelles » dans l'émergence des RPS, pour ce groupe d'acteur, reste relativement présent et au même niveau que celui des « difficultés relationnelles » ou des « problématiques internes au Groupe » (cf. figure 2) (réorganisations, changements). Les facteurs « relations avec les clients » et « contexte économique » sont évalués comme ayant un bien plus faible impact que les autres facteurs.
- 48 De plus, si les entretiens collectifs étaient plus particulièrement centrés sur les conditions de mise en œuvre des actions de prévention, ils ont été l'occasion d'approfondir la perception des RPS par les acteurs de la santé au travail. Celle-ci fait référence à quatre types de problèmes que l'on retrouve dans le questionnaire. La première est celle des contraintes de travail. Elles apparaissent comme une problématique importante (dans 12 entretiens sur 16, elles apparaissent comme la principale cause) (notamment l'organisation du travail, l'accélération des modes de travail, la diminution des ressources humaines, la qualité des outils de travail, l'excès des procédures, la difficulté à faire un

travail de qualité) générant du « stress » et du « mal-être ». Le thème du poids des contraintes de travail apparaît dans tous les entretiens. Elles sont pour la plupart étroitement liées aux problématiques issues des demandes du Groupe, provoquant des situations de tensions pour les sites (problématiques présentes dans 9 entretiens sur 16) et davantage cités par les représentants de la direction (perte d'autonomie des sites, fortes pressions du Groupe, nombreux changements, rupture avec un fonctionnement passé « type PME » ou « village gaulois » (Direction)). Le thème de la menace venant de l'extérieur et qui fait courir un risque de déséquilibre à ce monde bien réglé est donc présent. Les problématiques d'ordre individuel sont davantage représentées que pour le questionnaire (dans 3 entretiens sur 16 elles apparaissent comme la principale cause). De même, les exemples des situations demandées aux participants mettent en avant la capacité relative du salarié à gérer son stress ou des salariés ayant des problèmes d'addictions, d'hyper investissement au travail, des problèmes familiaux, de santé, d'absentéisme non justifié ; la résolution pouvant concerner l'environnement de travail, le soutien et aller jusqu'à l'éviction du salarié :

« On n'est pas une association de bienfaisance ; c'est pas sain de « traîner » les personnes en difficultés » (Direction).

49 De la même manière que pour les contraintes de travail, les difficultés individuelles sont citées dans tous les entretiens. Enfin, les tensions relationnelles sont également citées plusieurs fois, en particulier des conflits relationnels entre collègues ou avec la hiérarchie (dans 1 entretien sur 16 comme cause principale).

50 Bien que la définition des RPS apparaisse complexe pour les participants lors des entretiens collectifs, certains ont tenté d'apporter des éléments de réponse. Ces derniers s'organisent autour des pôles préalablement observés (organisationnel/individuel), mettant en évidence un objet conflictuel. Parfois, il est question de :

« Toute organisation, événement, situation liée au travail pouvant avoir un impact sur la santé mentale des salariés » (IRP) ;

« risque d'impacts négatifs de l'activité professionnelle sur le bien-être physique et mental du salarié » (Direction).

51 Et d'autres fois, des définitions vont émerger, laissant apparaître une forme d'individualisation dans l'approche des RPS qu'il convient également de prendre en compte :

« Les RPS sont les risques liés à l'être humain et ses fragilités. Ce sont des risques individualisés » (Direction) ;

« Ne pas savoir couper la vie professionnelle de la vie privée » (Direction) ;

« Pour moi, il s'agit des risques liés, non pas à l'activité du site, mais aux relations humaines » (Direction) ;

« Quelque chose de très subjectif ! » (IRP).

52 Enfin, une part importante des participants définit les RPS par le trouble ou le symptôme :

« mal-être », « souffrance », « harcèlement », « violence », « addictions », « burn out », « isolement », « frustration », « dépression »...

53 comme si elle ne se représentait pas suffisamment les processus à partir desquels émergent ces troubles. L'accent est davantage mis sur le trouble que sur le risque. Entrer uniquement par le trouble peut empêcher d'envisager le questionnement sur le travail.

54 Ces éléments de définitions mettent en relief la nature subjective des RPS ainsi que la difficulté de dissocier clairement les causes des conséquences et de poser une frontière nette entre ce qui relève du travail et ce qui relève de l'individu. Il est important de noter

également que les acteurs interrogés éprouvaient quelques craintes à utiliser le terme de souffrance, notamment les représentants de direction, le plaçant comme un « interdit » lors de l'entretien (dans un entretien). Les participants reconnaissent ainsi largement leur difficulté à s'emparer du « problème RPS » (Direction, IRP) en raison de la subjectivité à laquelle il convoque (considérée dans 11 entretiens sur 16 comme la principale difficulté), la seconde étant le manque de professionnalisation sur la question. Certains déclarent ne jamais en avoir parlé, ni même dans un CHSCT.

- 55 Enfin, la surreprésentation du poids des problématiques liées au Groupe peut être liée à la mixité des groupes choisis pour les entretiens collectifs, facilitant les attitudes d'externalisation de la « faute ». Les conditions de débat sur les contraintes internes à l'organisation pouvant être plus difficiles à instaurer.

4.4 Les pratiques organisationnelles et le poids des relations sociales

- 56 L'approche qualitative menée vient compléter les résultats quantitatifs obtenus. En effet, les résultats du questionnaire mettent en avant qu'alors que les principales causes de RPS identifiées par nos interlocuteurs concernent des dimensions liées au travail et non à l'individu, les actions mises en place dans l'organisation sont de l'ordre de la prévention tertiaire : 33,6 % des répondants déclarent que l'organisation a déjà mis en place des actions axées sur l'individu, notamment du soutien psychologique (19,2 %) et de la formation à la gestion du stress (14,4 %) ; alors que seulement 14,6 % déclarent qu'elle a déjà mis en place une démarche de prévention primaire, celle-ci étant logiquement plus visible puisqu'elle tend à impliquer le collectif des acteurs de la santé au travail alors que le soutien se réalise dans des conditions de plus grande discrétion. Il est également intéressant de noter que les participants déclarent plus souvent ignorer les pratiques d'intervention existantes dans leur organisation, et cela encore davantage lorsque l'intervention concerne la prévention tertiaire (55 % des répondants reconnaissent ne pas savoir si leur organisation a déjà mis en place une action tertiaire). Ce résultat questionne le degré de visibilité des actions mises en place dans une organisation, le partage de connaissance et la coopération entre acteurs de la santé au travail pouvant expliquer la difficulté de passer à une prévention primaire. Cette apparente contradiction entre l'importance du poids des contraintes de travail dans la perception des RPS par ces acteurs et la sous-représentation de la prévention primaire dans les pratiques mises en œuvre a été approfondie lors des entretiens collectifs. Il est apparu, notamment chez les acteurs de la direction, une réticence à avancer sur les questions du travail pour deux raisons majeures :

- Le sentiment de ne pas disposer suffisamment de marge de manœuvre pour intervenir sur la question du travail en lui-même. Les participants reconnaissent, en particulier les représentants de la direction, qu'il est plus facile de « régler » des problématiques individuelles.
- La crainte que l'ouverture de discussions sur le travail avec les salariés, notamment avec les IRP, ne les entraînent sur le champ des revendications.

- 57 Ainsi, les participants, lors des entretiens collectifs, ont régulièrement souligné la difficulté de coopérer sur ces questions et la nécessité de la dépasser pour intervenir. Aujourd'hui, il semble exister deux modes de coopération distincts et plutôt cloisonnés : celui d'un trio RH-médecin du travail-encadrement et celui du Comité d'entreprise¹¹. En

effet, le poids des relations sociales est souligné à plusieurs reprises dans les entretiens collectifs. Dans certaines entreprises, les tensions dans les relations conduisent certains acteurs de la santé au travail à se constituer en groupe restreint de manière informelle pour traiter des problématiques. Cette situation nous interroge sur le rapport entre qualité de coopération sur les RPS et qualité du dialogue social. Ce fonctionnement empêche la mise en visibilité de l'objet RPS dans l'organisation mais permet, par le regroupement d'un nombre réduit d'acteurs de la santé au travail, le traitement de situations, et cela malgré un contexte de tensions fortes. Deux niveaux d'information sur les RPS se construisent dans ce contexte. L'importance de la confiance entre acteurs a donc été soulignée par les participants :

- « Il faut qu'on ait l'impression que tout le monde travaille du côté de la santé des salariés » (Direction) ;
- « Certains se sont retirés car ils se sentaient dépossédés » (IRP) ;
- « Il faut avoir la volonté d'avancer. Et pour cela il faut sortir du champ politique » (IRP) ;
- « On est résolu à travailler en groupe restreint » (Direction) ;
- « J'ai confiance dans les gens qui sont acteurs » (Direction).

58 Les entretiens collectifs ont également souligné un faible sentiment de compétence à intervenir sur les RPS, notamment la difficulté de

- « faire remonter des situations qui ont des facteurs abstraits » (Direction) ;
- « c'est quelque chose de très subjectif » (Direction, IRP).

59 De plus, les participants reconnaissent qu'ils se sentent plus compétents dans la résolution de situations individuelles. Ils soulignent également un manque de latitude pour trouver des solutions :

- « C'est plus délimité (l'individuel) et mesurer les effets est possible. C'est difficile sur le collectif » (Direction).

60 Si le traitement de cas individuels est possible, le questionnement d'un point plus collectif auquel il peut amener est rarement assuré. Encore une fois, le sentiment de compétence est largement alimenté par les liens de confiance entre acteurs pour résoudre les problèmes. Ici, la présence du médecin du travail sur site est un facteur favorable pour ancrer les discussions sur le champ de la santé. Toutefois, on note une contradiction exprimée dans plusieurs entretiens. En effet, les acteurs reconnaissent se sentir plus compétents pour traiter des situations individuelles, alors qu'ils déclarent que, dans certains cas, « l'entreprise n'a pas à s'en mêler » (Direction). Mais, dans le même temps, ils se sentent plus concernés, dans leur rôle, par la nécessité de prévenir les RPS et ne se sentent pas armés pour. On note également un investissement important des représentants du personnel dans l'accompagnement de situations individuelles :

- « Je les tenais à bout de bras. Sur le plan humain, c'est des gens qu'il a fallu tenir debout » (IRP).

61 Enfin, les participants disent éprouver la difficulté de construire une logique préventive et reconnaissent « faire essentiellement du curatif » (Direction), plus par manque de maîtrise que par déni.

62 Les entretiens collectifs ont également permis de recenser les divers outils et pratiques construits par les sites. Tous ne sont pas qualifiés de RPS, mais apparaissent aux acteurs interrogés comme des outils traitant de manière indirecte les problèmes liés aux RPS : réunions « situations sensibles », réunions d'équipes régulières, « causeries », entretiens professionnels, moments festifs, régulations par l'encadrement de proximité... On note également des écarts de perception importants entre les acteurs de la santé au travail sur

l'existant des pratiques à l'œuvre dans l'organisation. Une proportion importante de répondants reconnaît ignorer si les RPS sont intégrés au document unique (23,6 %, alors que 43,9 % des répondants affirment qu'ils ne le sont pas). Ce résultat met de nouveau en relief le manque de diffusion d'information d'ordre général sur les problématiques rencontrées¹² et les actions mises en place. Cet exercice de partage des situations peut participer d'une dynamique de prévention. Lors des entretiens collectifs, les participants ont effectivement pu interroger les limites de l'absence de retours sur les situations existantes qui peuvent potentiellement nourrir les débats sur le travail et développer l'action de prévention (dans cinq entretiens). Parfois, ce manque de partage s'est révélé être l'indice d'un manque de confiance entre acteurs rassemblés pour autant autour d'un sujet complexe mais qui reste enfermé dans des débats polémiques sur les conditions de travail. Cet enfermement doit pouvoir interroger les postures et le risque de se détourner de la préoccupation pour la santé au travail. La différence de perception peut avoir des implications sur la pratique des acteurs et sur la qualité de leur coopération sur ces problèmes.

- 63 Concernant le questionnaire, 55,4 % des répondants qualifient la qualité de la coopération entre acteurs sur ces questions de mauvaise ou plutôt mauvaise, ce qui démontre la difficulté d'instaurer les conditions d'implication collective dans l'action de prévention. Cette difficulté oriente de manière singulière les pratiques organisationnelles. Par exemple, nous avons retrouvé sur trois sites, alors que les relations sociales entre acteurs de la santé au travail étaient dégradées, la constitution d'un groupe restreint d'acteurs pour traiter de manière partagée des situations reconnues sensibles. Nous pouvons donc penser qu'il existe un rapport entre qualité de la coopération d'un groupe restreint et qualité du dialogue social plus général : le traitement de situations peut être possible par le regroupement d'un nombre réduit d'acteurs, où la question RPS se professionnalise, malgré un contexte de tensions fortes. Ce qui participe à produire deux niveaux d'information sur les questions de prévention des RPS. De plus, l'importance de la confiance entre acteurs de la santé au travail a été discutée et le premier indicateur permettant de qualifier cette confiance est

« l'impression que tout le monde travaille du côté de la santé des salariés »
(Direction).

- 64 Enfin, les participants ont mis en relief d'autres éléments qui freinent l'amélioration de l'action de prévention : les acteurs de la santé au travail qui ne sont pas toujours identifiés (six entretiens) ; le problème de la remontée d'information (cinq entretiens) ; le secret professionnel (sept entretiens) ; l'investissement du CE alors qu'il n'est pas outillé pour traiter et que le CHSCT n'est pas encore professionnalisé sur la question (huit entretiens) ; l'éloignement du terrain (deux entretiens).

5. Discussion

5.1 Questionnements et perspectives pour la perception des RPS

- 65 Les résultats obtenus à partir du questionnaire amènent différentes questions. De manière générale, on peut estimer que les données recueillies ne témoignent pas d'une individualisation manifeste des causes de RPS dans l'organisation tant au niveau de l'échantillon global qu'à celui des IRP et, dans une certaine mesure, au niveau des représentants de la direction. En effet, la mise en évidence du facteur « contraintes de

travail » en tant que premier facteur générateur de RPS par toutes les catégories de population vient pondérer l'individualisation des causes de souffrance au travail mise en avant par la littérature, mais également constatée lors des interventions sur le terrain qui montrent aux praticiens et aux chercheurs une centration sur l'intervention tertiaire, intervention censée venir en soutien aux travailleurs supposés « fragiles » ou « fragilisés ». Il est également intéressant de relever dans ces résultats une plus faible mise à distance des « difficultés personnelles » par la population des représentants de la direction que par celle des IRP. Il convient donc de questionner la littérature mettant en avant la logique d'individualisation des difficultés qui consiste à souligner l'existence d'une sorte de déni de la part des dirigeants. Nous pouvons faire l'hypothèse que nous avons davantage affaire à une attitude d'évitement et non à un aveuglement des dirigeants d'une réalité qui depuis longtemps est reconnue. Toutefois, il convient de souligner que les RPS ne sont pas un objet neutre dans les organisations mais bien un objet conflictuel. Nous avons, en effet, observé, dans l'approche qualitative, une tendance chez les participants à osciller dans leur perception entre des variables explicatives organisationnelles et individuelles.

- 66 De plus, les résultats ne montrent pas de différence majeure dans la perception des causes de RPS selon le type d'acteurs. Ces résultats semblent contester notre hypothèse 1. Si les représentants de direction mettent davantage l'accent sur les difficultés personnelles comme facteur explicatif des RPS, ils placent, tout comme les représentants du personnel, les contraintes de travail comme en étant la principale cause. Les résultats viennent donc nuancer les travaux antérieurement réalisés sur la perception du risque (Kouabenan et coll., 2006 ; Slovic, 1987, 1994). Nous rejoignons ici Duclos (1987) qui souligne que l'attitude face à la perception du risque est socialement construite. Mais les analyses proposées par les travaux sur la perception du risque sont adaptées pour saisir les attitudes des individus potentiellement exposés à des risques. Elles ne le sont plus pour aider à comprendre l'attitude des acteurs en charge des questions de santé au travail dans une organisation pour construire des réponses susceptibles de prévenir ces risques. Il faut donc distinguer l'individu pris dans sa situation de travail et la manière dont individuellement et collectivement il construit des modes d'ajustement pour contrer le risque de l'acteur de la santé au travail qui doit produire des réponses et stratégies d'interventions pour que les premiers soient à l'abri de ces risques. Ces deux situations ne font pas appel aux mêmes cadres théoriques et d'intervention. D'ailleurs, les processus d'évaluation des risques sont différents pour les « experts » et pour les « non-experts » (Slovic, 1987). Nous proposons, par ailleurs, que les situations auxquelles sont associés les RPS se distinguent des situations associées à des risques plus habituellement étudiées, à partir des modèles sociocognitifs, par les chercheurs dans leurs travaux sur la perception du risque (notamment les comportements de sécurité au travail, liés à la consommation de tabac, d'alcool, aux infections sexuelles, aux transports, etc.). Ces situations ne semblent pas faire appel aux mêmes mécanismes psychosociaux dans l'analyse de leur fonctionnement.
- 67 La prévention des RPS fait appel, à cet égard, à des cadres d'analyse spécifiques. D'ailleurs, de nombreux auteurs critiquent la notion même de RPS (Clot, 2010a, 2010b ; Lhuilier, 2010 ; Miossec et Clot, 2011 ; Raybois, 2010). Cette catégorie émergente répertorie tout ce qui se situe au-delà de la classification des risques somatiques habituels : risques physiques, biologiques, chimiques. Aussi, cette catégorie désigne « un ensemble de risques que le travail fait courir à la santé psychique et somatique des

travailleurs » (Miossec et Clot, 2011, p. 342) et ne va pas de soi du point de vue scientifique. Cette classification fait autant référence à « la cause de troubles somatiques et psychiques qu'aux troubles eux-mêmes. Ce manque de clarté de l'objet lui-même a pu d'ailleurs influencer les réponses des participants dans cette étude, comme il agit vraisemblablement sur l'action des acteurs de la santé au travail. En effet, la complexité liée au traitement de ces risques, qui continue d'échapper aux entreprises, semble en partie liée à la confusion de la définition du champ des RPS et ce qu'il recouvre (Althaus et coll., 2013 ; Ponnelle et coll., 2012 ; Valléry et Leduc, 2012). Enfin, pour Lhuilier (2010), elle occulte aussi la fonction psychologique du travail car, en s'inscrivant dans ce prisme réducteur, cette catégorie fait du « psychosocial » un risque, dans la lignée de ceux identifiés par la toxicologie industrielle. Cela explique pourquoi, dans les pratiques d'interventions dans les organisations, on assiste à un « glissement de l'identification de situations de travail pathogènes » à celle des « individus à risques » pour cause de fragilité, susceptibilité, vulnérabilité » (p. 14). Cette proposition offre une autre analyse au processus d'individualisation des problèmes sociaux.

- 68 Enfin, cette recherche montre donc que les études sur la perception du risque ne nous aident pas encore à comprendre l'écart entre la perception des causes de RPS en lien avec les contraintes de travail et l'action de prévention centrée sur l'individu. Nous ne pensons pas que le recours au biais de perception explique ces enjeux de l'action de prévention. De plus, la surutilisation de la prévention tertiaire peut refléter chez les acteurs de l'entreprise la recherche d'un contrôle immédiat et rapide de la situation en « délégrant » la problématique aux « experts » de la prise en charge individuelle. En effet, intervenir sur la « fragilité » psychologique ne relève pas de leur position. Il s'avère ainsi que la plupart des actions semblent centrées sur l'individu. Nous pouvons alors penser que les RPS conduisent les acteurs de la santé au travail à se construire une perception du risque qui dépend des individus. Cette représentation de la variabilité interindividuelle façonne l'idée pour ces acteurs qu'il existe des modes de résistance et d'adaptation différents selon les individus. Cette variabilité dans l'adaptation de l'individu à sa situation facilite la mise en place de réponses individuelles.
- 69 Enfin, ce décalage entre perception et action peut aussi s'expliquer par l'influence de la qualité des relations sociales dans l'organisation.

5.2 Au-delà de l'individualisation

- 70 Malgré les résultats obtenus, nous avons retrouvé une tendance, dans les propos de nos interlocuteurs sur les actions conduites dans leur entreprise, à personnaliser les réponses aux RPS, c'est-à-dire à les axer sur l'individu. Cette contradiction a amené nos interlocuteurs à souligner le poids des relations sociales sur un objet qui reste largement polémique dans l'organisation. Ainsi, débattre du travail c'est prendre le risque d'entrer dans le champ des revendications et des négociations. Ce facteur semble mettre les représentants de la direction dans l'insécurité et explique leur tendance à mettre davantage l'accent sur l'individu. En effet, les postures « traditionnelles » des acteurs de la santé au travail empêchent le débat sur les contraintes de travail elles-mêmes. Lorsque ces contraintes se discutent, elles le sont dans des espaces traditionnels de négociation des conditions de travail. Ce glissement, où parler du travail signifie négocier, enferme la question de la santé au travail dans des enjeux « politiques », orientant les postures respectives dans des logiques où « *tout est dit à l'avance* » (Direction), et qui détournent au

final de la santé. Nous rejoignons ici Clot (2010a, 2010b) lorsqu'il explique que les conditions pour instaurer un dialogue sur le travail ne sont pas encore construites dans les organisations. Cette approche des questions de santé au travail semble faciliter la construction d'attitude d'évitement de la part des représentants de direction. Ces positions éclairent partiellement une perception des RPS par les acteurs de la direction plus marquée sur les difficultés personnelles que celles des IRP dans l'étude quantitative menée. Ces résultats semblent donc valider notre troisième hypothèse. Ils semblent également rejoindre l'approche proposée par Vézina (2007, chapitre 5) de l'individualisation des causes de RPS en tant que stratégie défensive adoptée par le personnel cadre due à une angoisse générée par la maîtrise imparfaite des procédés et l'impossibilité de négocier les objectifs de travail. Cette angoisse conduirait alors au déni des problèmes, voire à la construction d'un jugement négatif à l'égard des salariés se plaignant, et à l'interprétation par des conflits interpersonnels ou des faiblesses individuelles. Ainsi, les ressorts de la psychologisation de l'action trouvent leurs racines dans une impuissance à transformer le milieu et à se retrouver ensemble, et s'exprimeraient alors dans des formes plus ou moins explicites d'individualisation du problème.

- 71 Le décalage entre la perception des RPS par les acteurs de la santé au travail, conscients de l'impact des facteurs organisationnels sur la santé psychique, et les mesures prises dans l'entreprise, peut donc être source d'un riche débat dans les organisations susceptibles d'élargir le champ des possibles pour l'action en santé au travail. Nous relient la psychologisation de l'intervention à la crainte des cadres et des dirigeants d'ouvrir un espace aux revendications sociales, crainte qui peut être amplifiée par un défaut de compétences des acteurs en matière d'analyse du travail réel. Les travaux sur la perception du risque nous semblent donc peu éclairants pour l'expliquer. Mais nous ne pensons pas que la perception du risque « RPS » dépende pour autant seulement des individus, mais qu'elle est socialement construite et dépendante des contextes collectifs à l'œuvre dans les organisations qui rendent ou pas possible des espaces de débat sur le travail. La culture de la conflictualité sur le travail est un facteur déterminant dans la perception des facteurs de RPS. Autrement dit, la perception est à relier aux possibilités d'agir des acteurs, celles qu'ils ont et celles qu'ils peuvent développer. Cette recherche propose que l'action en prévention ne soit pas forcément toujours déterminée par la perception du risque, mais qu'à l'inverse, la manière plus ou moins engageante de développer l'action en prévention produise des manières de se représenter les facteurs de RPS.

5.3 Limites

- 72 Il convient, au final, de souligner quelques limites de l'étude menée. Tout d'abord, nous avons réalisé cette recherche dans le secteur de l'industrie de la chimie et nous ne pouvons pas généraliser nos résultats à l'ensemble des secteurs. Il conviendrait donc de rechercher si les mêmes tendances sont observées dans d'autres secteurs. Ensuite, la question posée aux participants dans le questionnaire, sans définition apportée aux RPS, peut constituer une limite dans la mesure où nous ne pouvons attester qu'ils aient une connaissance précise de cette notion. Toutefois, nous ne voulions pas orienter les réponses apportées et ainsi nous centrer sur leurs perceptions. Nous avons également fait le choix de ne pas distinguer, dans les « difficultés relationnelles », les relations avec la

hiérarchie et les relations avec les collègues. Il serait intéressant de distinguer ces deux niveaux dans de futures recherches. En effet, les RPS peuvent être perçus comme relevant des pratiques managériales sans pour autant mettre en cause les relations avec les collègues de travail, et inversement. Cette indissociation peut expliquer le résultat concernant les IRP, scorant assez haut les difficultés relationnelles. Il est effectivement possible qu'ils se soient focalisés sur « les conflits avec la hiérarchie ». De plus, en proposant un questionnaire aux individus, nous avons fait appel à une approche plutôt rationnelle dans la définition des RPS. Cette technique peut permettre de contourner les affects et l'émotion participant potentiellement aux mécanismes d'individualisation et pousse les participants à objectiver rationnellement leur évaluation des risques.

- 73 Ensuite, si la participation à l'enquête est plutôt forte, on peut estimer qu'il existe un biais de sélection qui aurait pu être discuté à partir de données supplémentaires qui n'ont pas été recueillies au cours de cette recherche, telles que l'âge, l'ancienneté, le service, etc. Ces données auraient pu nous renseigner sur les motivations des personnes à répondre au questionnaire ou les freins à leur participation. On peut effectivement faire l'hypothèse que ce sont les personnes les plus motivées ou les plus informées qui ont accepté de participer à cette enquête. Nous pouvons néanmoins observer que ce sont principalement des représentants de la direction qui n'ont pas répondu au questionnaire. Cette moindre participation peut s'analyser comme une implication plus faible dans les questions de santé au travail, mais ce point mérite d'être approfondi par d'autres investigations. Enfin, un biais de sélection lié aux directions de site peut subsister dans les entretiens dans la mesure où c'est à elles qu'il incombait d'organiser les entretiens. Toutefois, les chercheurs ont suggéré aux directions de site de faire, dans un premier temps, la liste de l'ensemble des acteurs concernés, puis, dans un second, de la retravailler à partir du critère lié à la parité qu'elles devaient respecter pour satisfaire les conditions d'un équilibre. Enfin, les chercheurs ont été attentifs à la manifestation possible d'attitudes de mise à l'écart de certains participants et ont observé de près l'attitude des uns et des autres dans les entretiens au sujet des conditions méthodologiques d'organisation des entretiens. Il s'est avéré que dans plusieurs entretiens, des questions ont été posées à ce propos, amenant les chercheurs mais aussi les organisateurs à apporter les éclairages nécessaires.
- 74 Enfin, le fait de rassembler, dans les entretiens collectifs, des acteurs très différents, est une condition recherchée pour connaître les difficultés d'instaurer les conditions d'un débat sur les RPS dans une organisation, condition qui peut d'ailleurs permettre de dépasser les logiques d'individualisation, et constitue dans le même temps un biais possible. Cette mixité a pu, en effet, être source d'influence sociale lors des échanges. Ce choix de recueil permet une certaine richesse des discours mais peut générer des biais dans la dynamique des échanges, soit par un renforcement des positions, soit au contraire par un écrasement des points de vue. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que les résultats auraient été différents si des groupes homogènes avaient été interrogés. En revanche, nous n'aurions pas pu observer la dynamique des formes d'interaction. De plus, cette mixité nous a également permis de nous rapprocher du réel des pratiques et des enjeux de la prévention dans une organisation traversée souvent par des intérêts et approches divergentes.

Conclusion, implications pratiques et perspectives

- 75 Cette recherche invite ainsi à centrer la réflexion sur la prévention des RPS sur le réel de l'activité, qui est une façon efficace de créer les conditions d'un débat sur les contraintes de travail sans glisser uniquement dans le champ des revendications. C'est également un moyen de dégager les acteurs de la santé au travail de la tendance à chercher à axer la réflexion sur les individus plutôt que sur le travail, là où les modèles d'intervention actuellement dominants les invitent dans la prise en charge de la souffrance. L'approche par l'activité éloigne l'organisation d'un risque de personnaliser les difficultés au travail et de se centrer sur les salariés supposés « fragiles » qu'il faudrait aider (Clot, 2010a). Elle permet enfin de sécuriser l'intervention pour les représentants de la direction, car elle va participer ainsi à dépassionner les débats, à ne pas glisser vers les revendications facteurs de crainte, voire d'angoisse. Aussi, l'intervention devrait tendre également à proposer un espace de discussion des incertitudes du personnel encadrant.
- 76 Il semble que l'analyse des ressorts de la psychologisation de l'intervention, expliquée autrement que par la persistance d'un déni des dirigeants, soit une occasion de développer l'action en santé au travail.
- 77 Les travaux de recherche se sont longtemps consacrés à la compréhension des facteurs de dégradation ou de construction de la santé psychique au travail. S'ils ont apporté de précieux soutiens à l'action, il semble qu'aujourd'hui ils ne suffisent pas pour instaurer des processus durables qui mettent au cœur de l'action le travail réel. L'axe de recherche qu'il semble nécessaire aujourd'hui d'investir est celui de l'analyse des processus d'instauration d'espaces de discussion sur le travail afin de mettre en lumière les éléments qui soutiennent ces processus et les obstacles qui sont susceptibles de se présenter. Cette connaissance serait d'une aide certaine pour l'action en santé au travail.

BIBLIOGRAPHIE

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2002). *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*. Office des publications officielles de la communauté européenne, Luxembourg, 127 p.

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2010). *Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux émergents* (ESENER : European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work). 16 p.

Althaus, V., Grosjean, V., Brangier, E., Aptel, A. (2013). Guide de l'intervenant : l'intervention « bien-être » au travail dans les PME du tertiaire. *Note scientifique et technique de l'INRS*, 298, 1-45.

Anderzen, I., Arnetz, B.B. (2005). The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 7, 671-682.

- Askenazy, P. (2006). La santé et la sécurité dans les entreprises américaines. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, 72-89.
- Bacharach, S.B., Bamberger, P.A. (2007). 9/11 and New York city firefighters' post hoc unit support and control climates : A context theory of the consequences of involvement in traumatic work-related events. *Academy of Management Journal*, 50, 4, 849-868.
- Bakker A.B., Demerouti E., Burke R. (2009). Workaholism and relationship quality : A spillover-crossover perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 1, 23-33.
- Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganization 2 : A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 1028-1037.
- Bauer, G.F., Jenny, G.J. (2012). Moving towards positive organizational health : challenges and a proposal for a research model of organizational health development. Dans J. Houdmont, S. Leka, R. Sinclair, *Contemporary Occupational Health Psychology, Global perspectives on research and practice*, p. 126-145. vol. 2. UK : Wiley-Blackwell.
- Bergerman, L., Corabian, P., Harstall, C. (2009). Effectiveness of organizational interventions for the prevention of occupational stress. *Institute of Health Economics*. Edmonton, AB, Canada, Report January, 77 p.
- Bond, F.W., Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work organization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 4, 290-302.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., Gaudet, B. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational & Environmental Medicine*, 63, 335-342.
- British Occupational Health Research Foundation (2005). *Workplace interventions for people with common mental health problems : Evidence review and recommendations*. London, UK, British Occupational Health Research Foundation.
- Brun, J.-P., Biron, C., Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. IRSST, R-514, Montréal, Canada.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. . IRSST, R-342, Montréal, Canada.
- Brun, J.-P., Lamarche, C. (2006). *Évaluation des coûts du stress au travail. Rapport de recherche*. Université Laval, Québec, Canada. [<http://cgsst.fsa.ulaval.ca/chaire/stock/fra/doc232-964.pdf>].
- Brusco, F., Pestiaux, J.-L. (2000). La méthode participative dans l'approche du stress en entreprise. *Médecine du travail et d'ergonomie*, 37, 161-163.
- Burke, R.R. (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress*, 7, 77-87.
- Buscatto, M., Lorient, M., Weller, J.-M. (2008). *Au-delà du stress au travail*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- CAS. (2009). *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*. Rapports et Documents du Centre d'analyse stratégique.
- CESE (2013). *Rapport du CESE sur La prévention des risques psychosociaux*. (S. Brunet, rapporteure).
- Clot, Y. (2010a). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, La Découverte.

- Clot, Y. (2010b). Au-delà de l'hygiénisme : l'activité délibérée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 10, 41-50.
- Conjard, P. (2014). *Le management du travail, une alternative pour améliorer bien-être et efficacité au travail*. Lyon, ANACT.
- Cooper, C.L., Cartwright S. (1994). Healthy mind, healthy organization - a proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 4, 455-471.
- Cooper, C.L., Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 1, 7-16.
- Cooper, C. L., Cartwright, S. (2000). In BIT. *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, 2, 74-87.
- Cooper, C.L., Linkkonen, P., Cartwright, S. (1996). Assessing the benefits of stress prevention at company level. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Dublin.
- Copé, J.-F., Méhaignerie, P., Poisson, J.-F., Jardé, O. (2009). *Commission de réflexion sur la souffrance au travail*.
- Courcy, F., Savoie, A., Brunet, L. (2004). *Violences au travail : diagnostic et prévention*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Courtemanche, H., Bélanger, H. (2000). Les programmes d'aide aux employés : passé, présent et futur. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 3, 357-384.
- Dahl-Jorgensen, C., Saksvik, P.O. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*, 35, 529-549.
- Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoir scientifique et débat social. *Performances. Stratégies et facteur humain*, 1, 4-7.
- Debout, M. (2001). *Le harcèlement moral au travail*. Avis du Conseil Économique et Social.
- Debout, M. (1999). *Travail, violences et environnement*. Avis du Conseil Économique et Social.
- Dériot, G. (2010). *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail*. SENAT.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 1, 19, 57-80.
- Duclos, D. (1987). La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels. *Revue française de sociologie*, 28, 1, 17-42.
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., et coll. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganization : 1. A systematic review of organizational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 945-954.
- Eklof, M., Hagberg, M. (2006). Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health ? *Applied Ergonomics*, 37, 2, 201-210.
- Expertise collective INSERM (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*. Chapitre 15 : « Prévention du stress au travail : types d'intervention et évaluation de leur efficacité », p. 241-278. Édition INSERM.
- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B., Cooper, C. L. (2003). The UK perspective : A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38, 2, 158-164.

- Goetzl, R., Hawkins, K., Ozminkowski, R.J., Wang, S. (2003). The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 1, 5-14.
- Gollac, M., Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- Gollac, M., Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, 4-17.
- Graveling, R., Crawford, J.O., Cowie, H., Amati, C., Vohra, S. (2008). *Workplace interventions that are effective for promoting mental well-being : Synopsis of the evidence of effectiveness and cost-effectiveness*. Édimbourg, Écosse, Institut National de la Santé et de l'Excellence Clinique (NICE).
- Griffiths, A. (1999). Organizational interventions. Facing to limits of the natural science paradigm. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 25, 598-596.
- Hansez, I, Bertrand, F., Barbier, M. (2009). Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Le travail humain*, 72, 2, 127-153.
- Hansez, I., de Keyser, V. (2007). Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. In M. Neboit, et M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse, Octarès, p. 189-206.
- Hargrove, M. B., Quick, J. C., Nelson, D. L., Quick, J. D. (2011). The theory of preventive stress management : A 33-year review and evaluation. *Stress and Health*, 27, 3, 182-193.
- Harnois, G., Gabriel, P. (2000). *Mental health and work : Impact, issues and good practices*. Report by : World Health Organization and International Labor Organization, Geneva.
- Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiselle, O., Morin, A. (2006). *Organizational Interventions and Mental Health in the Workplace : A Synthesis of International Approaches*. IRSST, Report R-480, Montréal, Canada, 56 p.
- Hepburn, A., Brown, S.D. (2001). Teacher stress and the management of accountability. *Human Relations*, 54, 6, 691-715.
- Ivancevich, J.M., Matteson, M.T., Freedman, S.M., Phillips, J.S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45, 252-261.
- Journaud, 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*, 1, 253, 51-59.
- Judge, T.A., Locke, E.A., Durham, C.C., et Kluger, A.N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction : the role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 1, 17-34.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York, Wiley.
- Kompier, M., Cooper, C.L. (1999). *Preventing stress, improving productivity : European Case studies in the workplace*. London, Routledge.
- Kompier, M., Kristensen, T.S. (2005). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the workplace : Past, present and future* (p. 164-191).
- Kouabenan, R., Cadet, B., Hermand, D., Muñoz Sastre, M.-T. (2006). *Psychologie du risque : identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles, De Boeck.

- Lachmann, H., Larose, C., Penicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. Rapport fait à la demande du premier ministre.
- Leka, S., Cox, T. (2008). *The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF)*. Nottingham, I-WHO Publications, 184 p.
- Leka, S., Cox, T., Griffiths, A. (2003). Promotion de la santé au travail à Nottingham : approche systémique. *Gohnet (The Global Occupational Health Network)*, 6, 5-7.
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work related psychosocial risk management in the European Union. *Work & Stress*, 24, 3, 280-297.
- LaMontagne, A.D., Keegel, T., Louie, A.M., Ostry, A., Landsbergis, P.A. (2007a). A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational Environmental Health*, 13, 3, 268-280.
- LaMontagne, A.D., Keegel, T., Vallance, D. (2007b). Protecting and Promoting Mental Health in the Workplace : Developing a Systems Approach to Job Stress. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 3, 221-228.
- Lazarus, R.S. (1995). Psychological stress in the work place. In R. Crandall et Perrewé, (Eds). *Occupational Stress : A handbook*. London : Taylor & Francis (p.3-14).
- Lhuilier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 10, 11-28.
- Lhuilier, D., Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 2, 58, 85-96.
- Logan, M.S., Ganster, D.C. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, 31, 1, 90-107.
- Loriol, M. (2005). La souffrance : une lecture critique à partir de l'exemple du travail. *Actes des journées d'études du GT 19 Action sociale, Intervention et Régulations sociales de l'AISLF*. Groupe de recherche sur les actions et les croyances collectives (GRACC). Université de Lille 3, octobre 2005.
- Loriol, M., Boussard, V., Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, 165, 106-113.
- Lourijsen, E., Houtman, I., Kompier, M., Gründemann, R. (1999). The Netherlands : a hospital, healthy working for health. In M.K.C. Cooper (ed.), *Preventing Stress, Improving Productivity : European Case Studies in the Workplace*, chap. 5, New York, Routledge, p. 86-120.
- Martin, A., Karanika-Murray, M., Biron, C., Sanderson, K. (2014). The Psychosocial Work Environment, Employee Mental Health and Organizational Interventions : Improving research and Practice by Taking a Multilevel Approach. *Stress and health*, 32, 3, 201-215.
- Mellor, N., Webster, J. (2013). Enablers and challenges in implementing a comprehensive workplace health and well-being approach. *International Journal of Workplace Health Management*, 6, 2, 129-142.
- Miossec, Y., Clot, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Le travail humain*, 4, 74, 341-363.
- Moyle, P., Parkes, K (1999). The effects of transition stress : A relocation study. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 5, 625-646.
- Murphy, L.R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In Cooper, C. L. et Payne, R. (Eds). *Causes, coping and consequences of stress at work*, (p. 301-331). Chichester : Wiley.

- Murphy, L.R., Sauter, S.L. (2003). The USA perspective : Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, 38, 2, 151-157.
- Nielsen, M.L. (2002). Intervention project on absence and wellbeing (IPAW)–Denmark, in European Agency for Safety and Health at Work (eds.), *How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress*, Systems and Programmes, chap. 3.5, p. 52-58.
- Nielsen, K., Fredslund, H., Christensen, K. B., et Albertsen, K. (2006). Success or failure ? Interpreting and understanding impact of interventions in four similar worksites. *Work & Stress*, 20, 272-287.
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A.L., Rial-Gonzalez, E. (2010a). Conducting organizational level occupational health interventions : What's works ? *Work & Stress*, 24, 3, 234-259.
- Nielsen, K., Taris, T.W., Cox, T. (2010b). The future of organizational interventions : Addressing the challenges of today's organizations. *Work & Stress*, 24, 3, 219-233.
- Pignata, S., Biron, C., Dollard, M.F. (2014). Managing psychosocial risks in the workplace : Prevention and intervention. In M. Peeters, J. de Jonge, et T. W. Taris (Eds.). *People at work : An introduction to contemporary work psychology* (p. 393-413). Hoboken, NJ : Wiley Blackwell.
- Ponnelle, S., Vaxevanoglou, X., Garcia, F. (2012). L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : perspectives théoriques et méthodologiques. *Le travail humain*, 2, 75, 179-213.
- Raybois, M. (2010). Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 10, 71-81.
- Roques, M., Passerault, J.-M., Béaur, J.-C. (2009). *Optimisme comparatif et stress professionnel*. Communication orale au Congrès national de la Société Française de Psychologie, Toulouse, 17-19 juin.
- Rouat, S. (2010) *Les processus individuels et organisationnels de construction de la santé au travail : prévention de la santé mentale au travail et analyse de dispositifs organisationnels*. Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2.
- Rouat, S., Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *@ctivités*, 10, 1, 58-72.
- Roy, M., Cadieux, J., Fortier, L., Leclerc, L. (2008). *Validation d'un outil d'autodiagnostic et d'un modèle de progression de la mesure en santé et sécurité au travail*. IRSST, R-584, Montréal, Québec.
- Ryan, P.R., Hill, M., Anczewska, P., Hardy, A., Kurek, K., Nielson, K., et coll. (2005). Team-based occupational stress reduction : a european overview from the perspective of the OSCAR Project. *International Review of Psychiatry*, 17, 5, 401-408.
- Sarnin, P., Caroly, S., Douillet, P. (2011). Contre les « risques » psychosociaux, quel débat sur l'activité ? *Le travail humain*, 4, 74, 309-320.
- Semmer, N. (2011). Job stress interventions and organization of work. In J. C. Quick et L. E. Tetrick (Eds.). *Handbook of occupational health psychology* (2nd ed., p. 299-318). Washington, DC : American Psychological Association.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.
- Slovic, P. (1994). Perceptions of risk : Challenge and paradox. In B. Brehmer and N.-E. Sahlin (Eds), *Future and Risk Management* (p. 63-78) : Kluwer Academic Publishers.

- St-Arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P., Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *PISTES*, 12, 3, 1-18. <https://pistes.revues.org/2639>
- Stavroula, L., Cox, T. (2008). *The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF)*. Nottingham, I-WHO Publications, 184 p.
- Tatu, O. (2015). *Processus de reconnaissance. De la prévention d'un risque psychosocial à la construction de la santé au travail*. Thèse de doctorat, Université d'Artois.
- Troyano, V., Rouat, S. (2014). Étude sur les représentations des risques psychosociaux chez des acteurs de l'organisation dans l'industrie. *XVIII^e Congrès AIPTLF*, Florence.
- Valléry, G., Leduc, S. (2012). *Les risques psychosociaux*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Van Der Hek, H., Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes : A practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 47, 3, 133-141.
- Van Der Klink, J.J.L., Blonk, W.W.B., Schene, A.H., Van Dijk, F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 2, 270-276.
- van Rhenen W., Blonk R.W.B., Schaufeli W.B., van Dijk F.J.H. (2007). Can sickness absence be reduced by stress reduction programs : on the effectiveness of two approaches. *International archives of occupational and environmental health*, 80, 6, 505-515.
- Vézina, M. (2007). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In M. Neboit, et M. Vézina (dir.), *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse, Octarès, p. 111-118.
- 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. (1999). De quelques préoccupations qui présidèrent au lancement des enquêtes. Dans *Conditions de travail en enquêtes*. Document d'Études de la DARES, 29, 15-27.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me : Perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- Weller, J.-M. (2002). Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide. *Sociologie du travail*, 44, 75-97.

NOTES

1. Nous employons donc le terme d'individualisation pour évoquer les modes d'interprétation des difficultés exprimées par les salariés ; et celui de psychologisation pour parler des formes d'intervention qui ciblent l'individu.
2. Directeurs des ressources humaines.
3. Hygiène Sécurité Environnement.
4. Comité d'entreprise.
5. Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
6. Cinq types de causes ont été puisées dans la littérature : causes organisationnelles/contraintes de travail (Bakker et Demerouti, 2007 ; Gollac et Bodier, 2011 ; Karasek et Theorell, 1990 ; Valléry et Leduc, 2012 ; Vézina et coll., 2006) ; causes individuelles (Judge et coll., 1998 ; Lazarus, 1995 ; Moyle et Parkes, 1999 ; Siegrist, 1996) ; causes liées aux relations de travail (Courcy et coll., 2004 ; Debout, 2001 ; Gollac et Bodier, 2011) ; causes relatives aux relations externes à l'entreprise (Debout, 1999 ; Weller, 2002) ; causes relatives au contexte économique et environnement

concurrentiel (Gollac et Bodier, 2011 ; Vézina et coll., 2006). À ces cinq causes, un type de causes spécifiques au contexte du Groupe a été suggéré par les acteurs investis dans la conception de la démarche : les problématiques internes au Groupe.

7. L'approche qualitative permettant ce recueil de données a concerné la phase préalable de la démarche d'accompagnement de l'organisation, et plus spécifiquement la réalisation d'une formation-action auprès d'un comité central paritaire dans lequel les perceptions des causes de RPS ont été interrogées. L'intérêt était à la fois d'extraire des catégories contextualisées par les acteurs de terrain, tout en veillant à leur correspondance théorique. Les six facteurs retenus ont donc été soumis tels quels aux participants interrogés.

8. Les effectifs allant de 26 salariés à 266.

9. 16 entretiens collectifs sur 20 sites : des entretiens ont été mutualisés lorsque 2 sites étaient géographiquement proches, selon la demande de la direction de l'entreprise.

10. $N = 137$, 63 représentants de la direction, 74 IRP. La barre d'histogramme de gauche représente les résultats de la population générale, celle du centre, les résultats de la population IRP et celle de droite les résultats de la population des représentants de la direction.

11. Il est en effet important de noter que d'un point de vue historique, dans ce Groupe industriel, l'objet des RPS est davantage celui du CE que du CHSCT, mais il s'agit d'une donnée qui semble se modifier progressivement.

12. Les résultats du questionnaire montrent que le niveau de connaissance des événements a tendance à varier selon la catégorie d'acteurs. Plus particulièrement, les représentants du personnel sont plus nombreux à connaître l'existence de phénomènes collectifs (67 %) ; en revanche, les représentants de la direction et les IRP ont autant tendance à souligner l'existence de situations d'ordre individuel.

RÉSUMÉS

La littérature scientifique fait part d'une individualisation des problèmes de santé psychologique au travail faisant obstacle à l'efficacité de la prévention. À partir d'une méthode mixte, nous cherchons à savoir si cette tendance à l'individualisation se retrouve dans la perception des acteurs de la santé au travail dans l'organisation et la manière dont celle-ci impacte les modes d'intervention. Un questionnaire a été proposé à 137 individus sur l'importance qu'ils accordent aux facteurs intervenant dans la genèse des risques psychosociaux. Le poids accordé aux « difficultés personnelles » est plus faible que celui accordé aux « contraintes de travail » et aux « problématiques internes au Groupe ». Ces résultats indiquent une perception des facteurs participant à l'émergence de risques psychosociaux comme davantage liés aux problématiques de travail qu'à de seules caractéristiques personnelles. Toutefois, les entretiens collectifs montrent que les pratiques organisationnelles sont en grande partie influencées par les relations sociales entre acteurs de la santé au travail

The scientific literature points to an individualization of psychological health issues at work that is hindering efficient prevention. Using a mixed method, we sought to verify whether people in organizations noticed the described trend in the individualization of health issues. A survey was conducted with 137 people (staff representatives and managers) about the importance they attributed to six factors that influenced the emergence of psychosocial risks. The results showed that the perceived weight of the "personal difficulties" factor was significantly lower than those

of “work pressure” and “internal group issues.” The individual perception of factors influencing psychosocial risks therefore seems to be driven more by “working condition challenges” than “personal challenges.” The collective interviews furthermore showed how social relations impacted organizational practices.

La literatura científica forma parte de una individualización de los problemas de salud mental en el trabajo que obstaculizan la eficacia de la prevención. A partir de un método mixto, queremos saber si esta tendencia a la individualización se refleja en la percepción de los actores de la salud en el trabajo en la organización y la manera en que esta impacta los modos de intervención. Un cuestionario fue entregado a 137 individuos sobre la importancia que le dan a los factores que intervienen en la génesis de los riesgos psicosociales. El peso dado a las "dificultades personales" es menor que el otorgado a la exigencias del trabajo y a las "problemáticas internas al grupo." Estos resultados indican una percepción de los factores implicados en la aparición de riesgos psicosociales como relacionados con temas laborales más que solamente a las características personales. Sin embargo, las entrevistas a grupos muestran como las prácticas organizacionales están muy influenciadas por las relaciones sociales entre los actores de la salud en el trabajo.

INDEX

Mots-clés : travail, prévention, risques psychosociaux, individualisation

Keywords : work, psychosocial risks, prevention, individualization

Palabras claves : trabajo, riesgos psicosociales, prevención, individualización

AUTEURS

SABRINA ROUAT

Laboratoire GRePS, Université de Lyon 2, s.rouat@univ-lyon2.fr

VICTOR TROYANO

Laboratoire GRePS, Université de Lyon 2, victor.troyano@univ-lyon2.fr

BRUNO CUVILLIER

Laboratoire GRePS, Université de Lyon 2, bruno.cuvillier@univ-lyon2.fr

MARC-ERIC BOBILLIER-CHAUMON

Laboratoire GRePS, Université de Lyon 2, Marc-Eric.Bobillier-Chaumon@univ-lyon2.fr

PHILIPPE SARNIN

Laboratoire GRePS, Université de Lyon 2, philippe.sarnin@univ-lyon2.fr