



Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir : le rôle possible de l'intervention en ergonomie

Organisational structuring to develop the power to act: the role that ergonomics might play

Johann Petit et Bernard Dugué



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/activites/816>

DOI : 10.4000/activites.816

ISSN : 1765-2723

Éditeur

ARPACT - Association Recherches et Pratiques sur les ACTIVités

Référence électronique

Johann Petit et Bernard Dugué, « Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir : le rôle possible de l'intervention en ergonomie », *Activités* [En ligne], 10-2 | Octobre 2013, mis en ligne le 15 octobre 2013, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/activites/816> ; DOI : 10.4000/activites.816



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

Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir :

le rôle possible de l'intervention en ergonomie

Johann Petit

Équipe Ergonomie des Systèmes Complexes
Université de Bordeaux, IMS, UMR 5218, F-33400 Talence, France.
CNRS, IMS, UMR 5218, F-33400 Talence, France.
johann.petit@ensc.fr

Bernard Dugué

Équipe Ergonomie des Systèmes Complexes
Université de Bordeaux, IMS, UMR 5218, F-33400 Talence, France.
CNRS, IMS, UMR 5218, F-33400 Talence, France.
bernard.dugue@ensc.fr

ABSTRACT

Organisational structuring to develop the power to act: the role that ergonomics might play. Practices in ergonomics have been the object of research for many years. The objective of this research is to use concrete cases to proffer generalizations relating to how ergonomists approach situations. We wish to show that ergonomists' involvement in work transformation projects has evolved. Ergonomists have built an indisputable place among the actors who influence how we work. However, we believe that two major factors now oblige us to think differently about their actions. Firstly, evolutions in the working world, in particular with the increase in service activities; and then new forms of organization which are inevitably forcing us to focus our actions on organizational determinants. Secondly, the evolution of health models allows us to consider this as a construct, supported by the development of individuals and collectives: developing operators within their work environment thus becomes an objective in itself. Taking an intervention as a starting point, we will try to show that ergonomic intervention must have a dual objective and associated devices:

- To support organizational experimentation based on collective work on the management of production issues. This device will be considered as a means of developing on-job-training and organizational regulation.
- To influence a transformation of the organizational structure and decisional circuits by working with the decision makers.

KEYWORDS

tertiary activity, intervention, organization, development of activity

1.- Introduction

Intervenir signifie « agir, jouer un rôle dans quelque chose » ou encore « se mêler d'une action, d'une situation en cours en vue d'influencer sur le cours des événements » (Dictionnaire Larousse). Nous pensons qu'il s'agit bien de cela lorsque l'ergonome intervient dans une entreprise ou une institution. De façon plus précise, l'intervention ergonomique « est réalisée dans un contexte donné, à un moment donné, en vue de transformer les situations de travail pour

les améliorer selon des critères de santé et d'efficacité. L'intervention implique la mise en œuvre d'un système organisé d'actions menées en interaction avec des acteurs de l'entreprise. La conduite d'une intervention ergonomique s'apparente à la conduite d'un projet.» (St-Vincent, Vézina, Bellemare, Denys, Ledoux, & Imbeau, 2011). Si cette définition générique trouve une résonance au sein de la communauté des praticiens et chercheurs sur la pratique en ergonomie, les mises en œuvre concrètes d'actions pour modifier les situations de travail peuvent évidemment prendre des formes diverses. Une des explications tient à l'objet même de l'intervention, c'est-à-dire le(s) déterminant(s) sur le(s)quel(s) l'ergonome sera amené à travailler. Participer à la conception d'une ligne de production, d'un bâtiment, mettre en place un plan de prévention, participer à un plan de formation ou encore modifier le fonctionnement d'une organisation impliquera nécessairement de mettre en œuvre des méthodologies différentes, mobilisera des acteurs divers et ne soulèvera certainement pas les mêmes enjeux. La perspective que nous souhaitons adopter ici concerne l'intervention sur l'organisation et plus précisément, le fonctionnement organisationnel. L'objet de cet article sera de montrer en quoi l'action sur l'organisation interroge les démarches « classiques » d'intervention en ergonomie, tant du point de vue des enjeux et des objectifs que des modalités de mise en œuvre. Pour y parvenir, nous rappellerons, tout d'abord quelques repères concernant l'intervention en ergonomie (§2). Puis, à partir d'un exemple d'intervention (§3), nous proposerons de centrer l'objet de l'intervention autour du fonctionnement organisationnel et plus précisément, autour de la transformation des circuits décisionnels (Dugué, & Petit, 2011) et de leur apprentissage par les salariés. Ceci soulèvera des questions de méthodologie et d'objet d'intervention, d'engagement des intervenants et de valeurs, que nous discuterons (§4).

2.- Quelques repères sur l'intervention en ergonomie

Cette partie propose « un » regard sur les évolutions de l'intervention en ergonomie afin d'apporter, au lecteur, quelques repères utiles aux réflexions actuelles, sans prétendre aucunement à l'exhaustivité. Le but n'est donc pas de rendre compte de l'ensemble des travaux relatifs à l'intervention en ergonomie, mais d'en présenter un certain nombre, pour contextualiser la réflexion sur laquelle nous souhaitons nous attarder. Ce rappel historique est donc volontairement partiel.

2.1.- La connaissance du travail réel et les recommandations

Dès 1972, dans une conférence prononcée au Congrès de l'Ergonomics Research Society, Wisner (1995)¹ s'interrogeait sur le caractère simplifié et arbitraire des modèles de l'activité de travail que l'on peut utiliser lors d'expériences en laboratoire. Pour partie, la grande faiblesse de ces études provient du choix de la population, qui est bien souvent différente de celle qui réalisera le travail dans la situation réelle future. Plus généralement, Wisner pose ainsi la question du lien entre la recherche expérimentale, à l'extérieur de la situation réelle, et la complexité des situations de travail auxquelles tentent de répondre les modèles ainsi produits. En effet, la recherche expérimentale et l'élaboration de modèles passent inévitablement par l'isolement de variables que l'on teste pour faire évoluer les modèles. Or, par définition, la situation réelle de travail constitue un système complexe dans la mesure où elle est constituée d'un grand nombre d'éléments ayant une quantité de relations entre eux (Leplat, 1996). Une première réponse est fournie en proposant un fonctionnement de l'ergonomie en « boucle fermée » (Wisner, 1995), dans lequel des modèles sont établis à partir d'analyses du travail en situation réelle et reproduits en laboratoire. Ainsi, les faits observés sur le terrain servent à corriger le modèle et la situation de laboratoire. De cette position épistémologique naissent de nouvelles dimensions des situations de travail utiles à prendre en compte pour une action

¹ Rapport n°28, Paris CNAM (Laboratoire de Physiologie du Travail et d'Ergonomie) ou Wisner (1972) pour le texte en anglais.

ergonomique efficace, notamment les dimensions économique et sociale. L'analyse du travail s'étend alors au-delà des seuls aspects physiologiques et psychologiques.

Puis, toujours dans un souci de *contextualisation* de l'action ergonomique, Wisner (ibid.) ne se contente plus de suggérer un élargissement du champ des dimensions nécessaires à l'analyse du travail, mais il propose de cibler l'analyse en fonction d'un re-travail sur la demande elle-même et de la rendre réaliste en la centrant sur de véritables pratiques opératoires, pour la rendre efficace. L'analyse du travail en ergonomie ne poursuit plus un objectif d'exhaustivité, mais s'oriente plutôt vers l'élaboration de modèles opérants imprégnés des contingences de la situation, dans une perspective d'action.

Cette action visait alors, dans les années 1970, à proposer un regard différent sur le travail en pointant l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

2.2.- La diffusion des connaissances sur le travail

Notamment à la suite d'un travail réalisé par Catherine Teiger, Antoine Laville et Jacques Durafourg entre 1969 et 1972 dans une entreprise d'électronique (Teiger, Barbaroux, David, Durafourg, Galisson et al., 2006), le travail réel, son éclaircissement, sa diffusion et sa mise en débat auprès d'acteurs différents de l'entreprise (dont les opérateurs et leurs représentants) deviennent un enjeu de l'action en ergonomie. La mise en circulation du diagnostic et des pistes de transformation devient alors un objectif de l'intervention. On passe à un modèle de l'intervention pour lequel la mise en débat des résultats de l'analyse de l'activité sous-tend une appropriation de ces résultats par les acteurs de l'entreprise, en cherchant à décaler les rapports de force dans l'entreprise. On perçoit l'idée de laisser une trace plus durable par un enrichissement des acteurs concernant le point de vue du travail.

2.3.- Intervenir en amont dans les projets

Dans cette lignée et à partir des années 1980, les ergonomes vont chercher à inscrire leur action au-delà du simple fait de mettre en avant le travail réel. Ils vont en effet vouloir agir sur les situations de travail à leur origine, c'est-à-dire dès leur conception. Pinsky (1992) insistera même sur l'intérêt d'agir sur les processus de conception pour tenir compte du travail réel, ce qu'il a appelé « agir sur la gestion de la conception ». Daniellou (1988) poursuivra ses travaux dans cette perspective en développant l'idée de se prononcer sur l'activité future possible pour agir sur la conception des situations de travail. L'auteur développe, entre autres, l'idée « d'approcher » l'activité future en se basant sur des analyses d'activité sur des sites de référence et en proposant des simulations à partir de supports représentant la situation future. D'autres travaux ont œuvré dans ce sens et ont ouvert des perspectives de développement des simulations durant l'intervention (Béguin, & Weill-Fassina, 1997 ; Bellemare, Beaugrand, Marier, Larue, & Vezeau, 2003 ; Maline, 1994). Pour pouvoir infléchir les décisions prises durant la phase de conception, cette démarche tente de « s'insérer » dans la conduite de projets. Les méthodes d'intervention prennent alors une dimension plus active du point de vue des transformations. Des groupes de travail composés d'opérateurs leur permettent de réaliser des simulations et ainsi de prendre indirectement part à la conception de leur future situation de travail. Ce modèle d'intervention dans la conduite de projets est basé sur deux fondamentaux (Daniellou, & Martin, 2007) :

- Une construction technique basée sur l'analyse du travail dans des sites de référence et l'approche de l'activité future à travers des simulations ; les opérateurs, le chef de projet et les ergonomes travaillant ensemble pour instruire des choix de conception.
- Une construction sociale marquée par la symétrie entre les partenaires (direction et représentants du personnel) ; les partenaires et les ergonomes travaillant aux arbitrages dans un comité de pilotage.

La structuration de l'intervention est alors conçue comme une dynamique qui doit pouvoir

s'insérer dans le processus de conception pour influencer efficacement les situations de travail futures. Ce courant s'orientera aussi plus tard vers la compréhension du travail des cadres, des concepteurs, des acteurs de la santé au travail, des syndicalistes en tant que travailleurs dont l'activité permet d'éclairer leurs contraintes et donc leurs propres difficultés lors de la conception de situations de travail. Les années 1990 et 2000 seront propices pour consolider ce modèle d'intervention comme en témoignent les travaux produits par Martin (1998) sur la participation des ergonomes à la conception architecturale, Coutarel (2004) sur la prévention des troubles musculo-squelettiques ou Petit (2005) sur la conduite de projets organisationnels dans les services. Les évolutions de ce modèle se sont orientées non seulement sur les composantes de l'intervention mises en œuvre par l'intervenant, mais aussi sur sa capacité à outiller et mobiliser les acteurs de l'entreprise (Daniellou, & Martin, 2007).

2.4.- La volonté de développer des démarches participatives

Parallèlement, et au-delà des réflexions sur la pratique au sein du courant francophone, de nombreux travaux ont souligné l'intérêt et l'efficacité des démarches participatives en ergonomie (Darses, 2002 ; Hagberg, Silverstein, Wells, Smith, Hendrick, et al., 1995 ; Kuorinka, 1997 ; Liker, Nagamachi, & Lifshitz, 1995 ; Nagamachi, 1995 ; St-Vincent, Toulouse, & Bellemare, 2000 ; Vink, & Kompier, 1997 ; Wilson, & Haines, 1997 ; Woods, & Buckle, 2006). Les différents auteurs montrent que l'intérêt de la participation des salariés va au-delà du rôle qu'ils peuvent jouer dans l'instruction de choix pour la conception. En effet, les démarches participatives permettent aux salariés de découvrir les représentations qu'ont les autres acteurs sur le travail et les questions à traiter, d'avoir une connaissance précise du travail réel, des sollicitations et des coûts, de donner la possibilité aux personnes d'être pour quelque chose dans la définition de leurs propres situations de travail et enfin, de rendre l'action ergonomique plus durable. La démarche participative peut alors être considérée comme l'instauration d'un espace de négociation entre des personnes aux savoirs, positions stratégiques et professionnels différents. La participation représente ainsi une forme de démocratie provisoire (Daniellou, 2013), une délocalisation partielle de la décision par rapport au fonctionnement habituel de l'entreprise, moyennant une articulation et une coordination entre les différents acteurs. Il s'agit alors de concevoir l'intervention comme un moyen de développer des apprentissages croisés, permettant tant aux concepteurs qu'aux opérateurs d'apprendre sur le travail de l'autre. L'intervention ergonomique appréhendée comme un acte pédagogique (Dugué, Petit, & Daniellou, 2010 ; Lacomblez, Montreuil, & Teiger, 2000 ; Rabardel, Teiger, Laville, Rey, & Desnoyers, 1991) devient alors un objectif et un moyen pour construire une action efficace.

2.5.- Des interrogations récentes

Ensuite, comme les années 1990 et le début des années 2000 furent marqués par la question des troubles musculosquelettiques, la fin des années 2000 fut, quant à elle, l'objet de nombreuses réflexions autour de la problématique des risques psychosociaux. Cette préoccupation sociétale prend naissance dans les années 1990 et ne cesse de progresser dans le débat public français depuis. La presse a d'ailleurs joué un rôle médiatique important en véhiculant l'idée que le stress au travail s'est développé de façon exponentielle durant cette période. Le nombre d'articles qu'elle y a consacré est passé de 10 par an en 1990, à 13 en 2000, à 169 en 2007 et enfin à 326 en 2008 (Thébaud-Mony, & Robartel, 2009). En 2010, les « maux du travail » ont été examinés par 4 commissions émanant du monde politique (Lallement, Marry, Lorient, Molinier, Gollac et al., 2011). Du côté de la recherche, cette thématique a ouvert des pans entiers de travaux, surtout dans les champs de la biologie, de l'épidémiologie et de la psychologie². Si l'ergonomie de « langue française » a contribué au développement de plusieurs

² Voir Davezies (2008) pour une revue de la littérature approfondie.

courants – ergologie, psychologie du travail, psychodynamique³ et clinique de l'activité (Faïta, 2003) –, dans la période récente, ces courants et en particulier la clinique de l'activité (Clot, 2008, 2004 ; Davezies, 2006) lui ont apporté des ressources nouvelles pour alimenter ses propres réflexions.

Pour les ergonomes, cette problématique a réinterrogé leur pratique à deux niveaux :

- en tentant de mieux intégrer la dimension subjective au travail, dans une perspective d'élargissement de la compréhension de l'activité,
- en catalysant les réflexions sur la transformation organisationnelle autour de l'idée selon laquelle des « formes » d'organisation du travail permettraient, à la fois, le développement des individus (Gaudart, & Chassaing, 2009) et de leur pouvoir d'agir.

2.6.- L'organisation, cible et enjeu pour l'ergonomie ?

La perspective que nous poursuivrons dans ce texte est que la construction de la santé des salariés passe par un développement de leur activité, ce qui nécessite la possibilité pour eux « d'agir sur leurs situations » à partir de débats sur leur propre travail. Pour reprendre Clot (2010), « se sentir “en bonne santé“, c'est donc se sentir plus que “normal“, capable d'élargir son rayon d'action » (p.168). Ce qui nous anime ici consiste à éclairer comment il est possible de permettre aux individus et aux collectifs d'élargir leur rayon d'action. Il s'agit, entre autres, de leur permettre de développer une activité jusque-là empêchée (Clot, 2008). L'organisation de débats sur le travail ouvre des perspectives dans ce sens. En permettant aux opérateurs de débattre de leur travail, on favorise en effet un pouvoir d'agir essentiel à la préservation de leur santé. Pour reprendre Sen (2005) et Falzon (2005), nous pourrions parler d'environnements « capacitants », c'est-à-dire des environnements de travail qui rendent les opérateurs capables de penser, de débattre et d'agir sur leur travail (Daniellou, 2003). Pour poursuivre dans ce sens, la problématisation et la gestion collective des difficultés rencontrées dans le travail sont une source de progression tant pour la santé que pour l'efficacité organisationnelle et productive. La question sous-jacente reste de savoir comment permettre un environnement organisationnel de cette nature. L'intervention ergonomique doit, selon nous, se construire dans cette perspective.

L'organisation est un terme qui peut paraître flou car le champ de ce qu'il englobe est extrêmement large. Pour notre part, nous considérons l'organisation comme un système composé de personnes qui poursuivent certains de leurs intérêts à travers un but commun (Heller, Pusić, Straus, & Wilpert, 1998) et une structure formelle servant de guide aux activités des personnes. Pour que le fonctionnement de l'organisation soit efficace, il est indispensable que des échanges existent entre la structure et les activités humaines. En effet, la structure n'est pas un ensemble fini, mais elle doit, au contraire, se modifier au gré des aléas. Dans ce mode de pensée, dans l'entreprise, le travail, source de variabilités, doit servir de matériau aux modifications de la structure organisationnelle : il s'agit du travail d'organisation (de Terssac & Lompré, 1994). Ainsi, le fonctionnement de l'organisation est envisagé comme un « agir social » (Maggi, 2003), comme un processus d'actions et de décisions. Il n'y a pas de séparation entre la structuration de l'organisation et les « sujets agissants » qui mettent en œuvre et développent le processus. Ceci confère toute sa complexité au fonctionnement organisationnel, et nous considérerons, dans la suite, l'action ergonomique comme la capacité à structurer un tel équilibre par la régulation du travail.

3.- L'exemple d'une intervention

Pour poursuivre, illustrer notre propos et permettre une discussion plus approfondie, nous proposons de décrire une intervention menée dans une mutuelle de santé.

³ Dejours (1993) et Molinier (2006).

3.1.- Contexte

Cette entreprise de 3500 salariés gère la couverture santé (obligatoire et complémentaire) de ses adhérents. Elle a par conséquent une délégation de service public, par la sécurité sociale, et est contrainte de fait à l'atteinte de certains résultats et au respect de certaines règles (délais de traitement des dossiers, des demandes, des appels téléphoniques, taux de remboursement, etc.). Son architecture organisationnelle se compose d'un siège national (les directions et les fonctions support) et d'une agence par département, appelée section départementale. Pour des raisons juridiques et économiques, les dirigeants ont dû faire des choix politiques qui se sont traduits par une organisation différente de la production du service. Jusque-là, chaque section départementale gérait, pour un portefeuille d'adhérents, l'ensemble des prestations : accueil physique, téléphonique, tri du courrier, gestion de tous les dossiers, gestion des réclamations, des prestations spécifiques, etc. La modification majeure a consisté à créer 6 centres de gestion, appelés centres de traitement (CT) et 6 centres d'appels téléphoniques répartis sur le territoire et gérant chacun l'activité de 15 à 20 sections (sauf pour la région parisienne). Sur un plan stratégique, il s'est agi de séparer le *back-office* du *front-office* (entre les CT et les sections) en cloisonnant le *front-office* (entre sections et centre d'appels).

Le principe organisationnel général visait à spécialiser les sites de manière à les rendre plus productifs : le traitement de masse des dossiers par le CT, la gestion de masse des appels téléphoniques par le centre d'appels et le reste pour les sections. Dans ce contexte, les liens entre les sites avaient été minimisés, voire rendus inexistantes entre les sections et le CT. Après moins d'un an de fonctionnement, des plaintes des salariés, relayées par les représentants du personnel et les directions locales et des dysfonctionnements en termes de productivité et de qualité se sont fait ressentir. Le Président de la mutuelle a sollicité une aide extérieure afin d'identifier les causes de ces problèmes et pour mettre en place les solutions appropriées.

3.2.- Méthodologie

Nous allons à présent détailler la méthodologie d'intervention que nous avons mise en place pour répondre à cette demande. Nous ne traiterons ici que le travail qui a été fait à propos des sections et du centre de traitement.

3.2.1.- Analyses du travail et diagnostics

Dans un premier temps, nous avons souhaité tenir deux aspects : limiter l'analyse à quelques sites et construire une demande locale sur les sites choisis. En conséquence, nos premières analyses ont été réalisées progressivement au sein de 3 sections (3 des 20 rattachées au même centre de traitement). Puis, nous avons élargi le périmètre d'analyse au centre de traitement et enfin, à l'ensemble des 20 sections rattachées au CT. Ces analyses comportaient des entretiens, des observations et des analyses documentaires. Les observations nous ont servi, d'une part, à faire connaissance avec les salariés et d'autre part, à mieux comprendre leur travail pour élaborer une trame d'entretien. Pour les 3 premières sections, nous avons utilisé entre 3 et 5 jours par section, puis 1 à 2 jours pour les autres. Nous réalisons, tout d'abord, des entretiens avec les membres de la direction (de 2 à 5 selon les sections), puis des entretiens individuels avec les salariés, ce qui représentait environ une quinzaine d'entretiens par section, comme pour le CT. Ces entretiens étaient non-directifs et duraient environ 1 h. Ils avaient pour objectif de comprendre les éléments du travail difficilement observables, de préciser les variabilités rencontrées, de comprendre les difficultés vécues par les salariés. L'objectif était aussi de comprendre, à partir des objets mêmes du travail (l'appel téléphonique, le dossier), le rapport subjectif de chacun avec son travail, sa perception du collectif, ses critères en matière de rapport aux adhérents, de traitement des situations particulières.

Cette première phase d'analyse a permis de mettre en défaut 3 hypothèses faites par les dirigeants pour réorganiser leur entreprise :

- « Liquider, c'est saisir les feuilles de soins et autoriser le paiement ». Il y avait eu une sous-estimation des différences entre feuilles de soins. Par exemple, le remboursement d'une

consultation qui nécessite le transport d'une personne invalide chez un spécialiste exerçant dans une clinique ne demande pas le même temps, ne nécessite pas les mêmes compétences, les mêmes délégations, n'implique pas les mêmes professionnels de santé, qu'une consultation chez un généraliste. En conséquence, les dossiers qui revenaient vers les sections étaient les plus compliqués et les plus longs à traiter. De plus, la liquidation d'une feuille de soins mobilisait plus de compétences et de personnes que le centre de traitement ne le proposait. C'est la raison pour laquelle plusieurs services de la section étaient toujours mobilisés : le tri du courrier et la préparation de lots, la vérification et le traitement des retours et des rejets, la traçabilité et l'information aux assurés, l'archivage ou encore la gestion des réclamations. Enfin, liquider correspondait dans la plupart des cas à suivre une histoire, voire un feuilleton, avec une difficulté supplémentaire : plusieurs personnes de sites différents pouvaient avoir géré une partie de cette histoire.

- La section est la seule interface pertinente vis-à-vis de l'adhérent. Lorsque le dossier d'un adhérent était envoyé au centre de traitement (après le tri du courrier), les agents de la section ne pouvaient en avoir des nouvelles que lorsque ce dernier avait été traité, ou s'il était rejeté. Mais durant le temps que ce traitement ou ce rejet soit fait, les agents étaient incapables de répondre à l'adhérent qui réclamait des informations d'abord à la plate-forme téléphonique, puis à la section. En fait, les personnes qui détenaient l'information n'étaient pas celles qui étaient sollicitées lorsque l'on cherchait à l'utiliser. Tout ceci entraînait une difficulté majeure pour les agents de la section à répondre aux demandes des adhérents. Lorsque la demande était faite par téléphone, les agents de la plate-forme téléphonique devaient aussi se trouver dans la même difficulté avant de transférer l'appel vers la section. Donc, les dossiers typiques étaient traités plus rapidement par le centre de traitement, mais les dossiers plus complexes étaient, quant à eux, traités avec un délai plus important (passage au centre de traitement, détection du problème, retour à la section, nouvelle détection du problème, etc.). Entre temps, les agents de la section passaient du temps à répondre qu'ils ne savaient pas, et ce, au cours de relations avec l'adhérent qui se multipliaient et se dégradait. L'hypothèse selon laquelle la mise en place du centre de traitement diminuait la charge de travail des sections ne pouvait pas être validée. Par conséquent, le temps que l'on pensait dégager au sein des sections pour se consacrer aux prestations spécifiques était utilisé pour le traitement des dossiers rejetés.
- « La séparation stricte entre le *back-office* et le *front-office* garantit l'efficacité de production ». En effet, de nombreux liens organisationnels entre les sites n'avaient pas été envisagés. Les plaintes exprimées par les salariés et les difficultés de production en étaient la conséquence.

La section servait plus de tampon de régulation des rebuts produits par le centre de traitement et était plus au service de l'organisation qu'au service des adhérents.

3.2.2.- La validation des analyses

La validation de ces résultats s'est faite progressivement. Un premier niveau de validation avait lieu avec les salariés observés et avec lesquels nous avons des entretiens. Ensuite, nous faisons une restitution à l'équipe de direction locale. Il nous importait que les décideurs locaux soient aussi en accord et porteurs du message que nous pouvions transmettre à la direction nationale⁴. Ce n'est qu'après cette étape que nous présentions les résultats de nos analyses à l'équipe de direction nationale. Enfin, une dernière étape de validation se faisait auprès de l'ensemble des personnels des sections et CT concernés. Elle permettait de rendre compte des résultats de nos analyses, de la validation faite par l'équipe de direction et des suites qu'elle était prête à envisager. Le principal résultat fut l'expression d'une volonté partagée d'adapter l'organisation

⁴ Nous utilisons le terme générique de direction nationale pour désigner des membres du Bureau National (Président, Vice-Présidente et des Secrétaires généraux) ainsi que des directeurs techniques.

existante, ce qui s'est traduit par la mise en place d'une expérimentation organisationnelle au niveau de la région où nous avons conduit notre analyse (20 sections et un centre de traitement).

3.2.3.- Les expérimentations

L'idée sous-jacente de ce fonctionnement par expérimentation était de mettre en évidence que la « régulation quotidienne » est nécessaire et efficace, que les acteurs en jeu ne sont pas seulement les cadres et que ces formes de circulations des règles nécessitent une structuration organisationnelle (Denis, 2007).

Dans ce cadre, nous avons mis en place un premier groupe de travail, entre trois sections départementales (celles qui avaient permis de réaliser le diagnostic) et le centre de traitement. Concrètement, ces groupes avaient pour mission de mettre à jour un ensemble de dysfonctionnements, qui perturbaient leur activité quotidienne, de proposer des solutions concrètes pour les pallier et de les tester. Nous avons fait le choix de mettre en présence dans ces groupes des catégories d'acteurs qui n'avaient pas nécessairement l'occasion de se retrouver autour d'une table pour discuter de leur travail. Dans un premier temps, ces groupes étaient composés des cadres de proximité (chargés de coordination, chefs de groupe) et des agents, ce qui permettait d'avoir un niveau de décision. Puis progressivement, une fois le « noyau » du groupe constitué, nous avons sollicité des élus (membres du conseil d'administration, président de section) et des responsables de sites (directeurs, directeurs adjoints). L'objectif était d'élargir progressivement le périmètre décisionnel afin de traiter des problèmes de plus grande ampleur toujours avec le même mode de fonctionnement : à partir de situations de travail validées avec les opérateurs. Au total ces groupes n'ont jamais dépassé une douzaine de personnes.

Cette diversité d'acteurs a généré une conséquence sur le fonctionnement de ces groupes. En effet, habituellement le groupe de travail est une « instance ponctuelle » qui a pour objectif d'instruire des choix. Dans notre cas, au-delà de proposer des solutions aux différents problèmes rencontrés, il s'est agi de décider d'une solution particulière à adopter en fonction des différentes contraintes exposées. Très vite est apparue la nécessité de conserver cette particularité de décision « locale ». La présence de « décideurs opérationnels » (directeurs) et de « décideurs politiques » (élus) a favorisé la mise en place de ce processus. On se rapprochait d'un mode de fonctionnement possible dans le quotidien de chacun, plutôt qu'un espace ponctuel durant le temps de l'intervention. Évidemment, cette décision locale n'avait pas valeur de décision définitive car elle comportait le fait d'expérimenter les solutions proposées. Ainsi, dès la première réunion quelques expérimentations d'aménagements organisationnels furent proposées. Ceci donnait la possibilité de réaliser des simulations à échelle 1 dans un environnement quasiment dénué de biais expérimentaux. La durée des expérimentations était de 1 à 6 mois, ce qui laissait suffisamment de temps pour obtenir des résultats significatifs. Chaque solution expérimentée faisait l'objet d'une évaluation en fonction de critères déterminés au cours de ces mêmes réunions et laissant apparaître les avantages et les inconvénients.

La première phase des travaux a engagé trois sections et le centre de traitement. À la suite d'une synthèse de ces premières expérimentations, le fonctionnement par groupe de travail s'est poursuivi avec les 17 autres sections de la région. Regroupant chaque fois quelque trois ou quatre sections et le même centre de traitement, ce travail en groupe sur la mise en place de règles communes d'action et de coordination a duré un peu plus d'une année.

3.2.4.- Les liens entre le local et le national

Pour suivre l'état d'avancement des groupes de travail et du projet dans son ensemble, des réunions de comité de pilotage se tenaient régulièrement au Siège national. Ces rencontres réunissaient le président, la vice-présidente et un certain nombre de secrétaires généraux : essentiellement des membres du Bureau national, le directeur de cabinet du président ainsi que les ergonomes. D'abord sur un mode plus ou moins informel avant le démarrage des groupes de travail, elles se sont structurées (plus formelles, plus de participants) avec l'avancée des travaux

régionaux. Le contenu de ces comités de pilotage était orienté autour de deux dimensions :

- fournir des informations sur l'état du projet local ;
- définir l'évolution de l'intervention en fonction des perspectives globales de l'entreprise.

3.3.- Résultats de l'intervention

Nous ne présenterons pas ici l'ensemble des résultats obtenus durant l'intervention, mais nous concentrerons sur les résultats qui permettront d'alimenter la discussion.

3.3.1.- Une diminution des rejets et des retours

Lors de nos premières analyses sur le travail en section, nous nous étions aperçus des importantes difficultés engendrées par le non-traitement des dossiers « à problèmes » par le centre de traitement et retournés en section. Il s'agissait concrètement pour les sections de re-traiter des dossiers que le centre de traitement ne « voulait » ou ne pouvait (par manque de compétences) pas gérer. D'un point de vue quantitatif, ces retours étaient effectivement nombreux : environ 200 dossiers en moyenne par jour pour une section. D'un point de vue qualitatif, il s'agissait soit de dossiers banals retournés avec les mentions « incomplet » ou « manque une signature », soit de dossiers plus complexes comme la CMU (Couverture Maladie Universelle).

Ces dossiers sont dénommés les « retours ». Mais avant d'être acheminés en section, ils ont fait l'objet d'un « rejet » au centre de traitement. Ce qui ne signifie pas que tous les rejets deviennent des retours. En effet, et nous avons travaillé dans ce sens, le centre de traitement peut recycler certains dossiers rejetés.

Le départ et la base de notre travail ont été de nous concentrer autour de ces dossiers problématiques pour les faire diminuer et pour en faire émerger des thématiques plus générales, telles que le manque de connaissance du travail d'autrui, la non-articulation des modes d'exécution (en section et centre de traitement) autour d'un même dossier, le partage des compétences, l'activité de liquidation, la qualité de service, etc.

Ce travail collectif autour des règles existantes a permis de faire considérablement diminuer les rejets et les retours, permettant par la même occasion d'améliorer une part de la qualité du service rendu (délais de traitement plus faibles) et d'augmenter la capacité du centre de traitement à aider les sections. À la fin de l'expérimentation, la moyenne des dossiers retournés dans la section site en question, était inférieure à 20-30 dossiers par jour.

3.3.2.- Une diminution des délais de traitement et des erreurs

Si l'idée de diminuer les retours et les rejets était bien identifiée, les moyens pour y parvenir l'étaient beaucoup moins. En effet, au fur et à mesure des rencontres, les thèmes des débats s'élargissaient, la confiance gagnait les uns et les autres, et l'on pouvait commencer à envisager une vision plus globale du traitement des dossiers entre entités, et par conséquent, mettre en débat une logique plus « englobante » du service et de sa qualité.

Il ne faisait plus aucun doute que si l'on voulait diminuer les rejets, il fallait que le centre de traitement gagne du temps pour s'y consacrer. Mais jusque-là, le centre de traitement était mis en difficulté par les différences de procédures liées aux différentes interprétations possibles de la réglementation. Sans retirer la possibilité aux sections de conserver certaines particularités locales, il fallait que les sections revoient certaines de leurs procédures afin de les rendre compatibles avec le fonctionnement du centre de traitement, et identiques à celles des autres sections.

C'est ce travail de fond qui a entraîné l'homogénéisation d'un certain nombre de procédures, allégeant ainsi les difficultés du centre de traitement en libérant du temps. Globalement, ces résultats ont aussi entraîné des diminutions des réclamations faites par les adhérents et les professionnels de santé. Cette répercussion n'a pu être vérifiée qu'à plus long terme auprès des responsables de sections. Néanmoins, nous ne possédons pas de résultats chiffrés sur cette

baisse des réclamations, seulement des affirmations lors de communications téléphoniques avec des responsables départementaux.

3.3.3.- Une augmentation des capacités d'aide au centre de traitement

La libération de ce temps a bien évidemment permis au centre de traitement d'augmenter sa capacité à traiter des dossiers. Le centre de traitement a eu la possibilité de se consacrer au traitement de dossiers plus complexes, non traités auparavant. La préparation des sections à une vision plus globale du fonctionnement a facilité le passage de ces dossiers vers le centre de traitement.

La capacité du centre de traitement à apporter de l'aide s'est donc faite à deux niveaux :

- D'un point de vue quantitatif en libérant du temps,
- D'un point de vue qualitatif en engendrant la possibilité de traiter de nouveaux dossiers.

3.3.4.- Un enrichissement des tâches

Par conséquent, le champ de compétences du centre de traitement s'est élargi au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Ce n'est pas tant qu'il a fallu « créer » de nouvelles compétences, mais plutôt les « ré-activer » d'un point de vue individuel (ré-utilisation) et collectif (transmission), car les effectifs des personnels des centres de traitement étaient composés, pour partie, d'anciens personnels de sections et pour partie de personnels extérieurs ; et donc, une partie de ces personnels (notamment les coordonnatrices) connaissait parfaitement le traitement de certains dossiers plus complexes. Ce changement a été perçu par les personnels du centre de traitement comme une forme de reconnaissance par la diversification des tâches et surtout une construction plus cohérente d'un métier autour de la liquidation. Par exemple, le choix fondamental d'organisation de la production, consistant à séparer strictement le *back-office* du *front-office*, a été remis en cause car il s'est avéré plus efficace et enrichissant pour les salariés du CT de pouvoir traiter des dossiers dans leur totalité : des échanges téléphoniques et par courrier ont été créés entre le CT et les adhérents ou professionnels de santé.

Par les personnels des sections, il a été plutôt perçu comme une possible solution au développement de nouvelles tâches orientées vers le service au sein des sections. Les salariés des sections ont pu, progressivement, se concentrer sur les nouvelles missions qui leur étaient confiées, comme le développement, l'information auprès des adhérents, la mise en œuvre de nouvelles prestations, ou encore des accueils physiques plus conséquents permettant de mieux répondre aux attentes des adhérents.

3.3.5.- Une « fédéralisation » du centre de traitement

Si le centre de traitement était auparavant perçu comme celui qui venait désorganiser le travail, il était plutôt considéré, après l'expérimentation, comme celui avec qui il devenait possible de construire une nouvelle identité de son travail, par conséquent, celui avec qui on allait avancer. En fait, tout ce travail sur les rejets qui semblait basique et relativement technique nous a permis d'aborder et de traiter les questions complexes de changement, d'efficacité des circuits de décision, de répartition des pouvoirs de décision, d'identité au travail ou encore de reconnaissance du travail de l'autre. C'est ainsi que, tant les sections que le centre de traitement ont été reconnus comme des *centres de service* par la direction de l'entreprise.

3.3.6.- Un partage d'expérience

Ces débats autour de situations de travail permettaient des échanges sur les différentes pratiques des uns et des autres. Nous avons fait cette hypothèse avant la mise en place des groupes, mais l'avons principalement perçu concernant les différences de pratiques entre le centre de traitement et les sections. Or, il s'est avéré rapidement que ce partage d'expériences concernait, pour beaucoup, les membres des différentes sections départementales. Les propos d'un directeur à la fin d'une réunion sont révélateurs : « Ce qui est vraiment différent dans ces réunions, c'est qu'on parle du travail. Pourtant on rencontre souvent les collègues des sections au Siège, mais on ne discute jamais des problèmes concrets du quotidien. »

3.3.7.- Un processus de régulation et de décision remis en question

Si les différents groupes de travail avaient un mode de fonctionnement relativement autonome vis-à-vis du Siège national, il s'est avéré nécessaire dans de nombreux cas de se mettre en rapport avec lui :

- d'une part, pour obtenir des conseils techniques en termes de solution ;
- d'autre part, pour que ce dernier prenne une décision « finale », mettant ainsi à jour différents niveaux de décisions.

Pour que notre action soit efficace, il fallait une certaine réactivité dans la prise de décision. Or, les circuits classiques (hiérarchie, services techniques et administratifs) ne proposaient pas la réactivité attendue. Notre positionnement nous aura permis de construire un réseau informel de décisions qui permettait cette réactivité et qui a joué sur la crédibilité de l'intervention et une certaine forme de réussite du projet. Néanmoins, par le travail mené dans ces groupes, nous avons mis le doigt sur une déficience du processus décisionnel entre le national et le local, ce que les participants des groupes exprimaient régulièrement. Nous reviendrons plus longuement sur cet aspect, qui nous semble être un des apports majeurs de l'intervention, dans la discussion.

3.3.8.- Une dynamique régionale

La dernière réunion, consécutive aux dix groupes de travail précédents, était en fait une réunion de synthèse des différents travaux que nous avons menés jusque-là. Elle a réuni les vingt sections concernées et le centre de traitement, représentés par 45 personnes, dont 22 directeurs et directrices, 18 cadres de proximités et agents, 3 responsables du Siège national et 2 ergonomes.

Au-delà d'une acceptation générale par les différents acteurs, à propos des résultats obtenus au cours des travaux en groupe, il a été proposé, au cours de cette réunion, une révision du fonctionnement régional des sections et du centre de traitement. Le processus de régulations qui s'était mis en place était devenu nécessaire à l'ensemble des opérateurs pour faire face aux dysfonctionnements rencontrés entre les sections et le centre de traitement. Une structure organisationnelle régionale a donc été proposée, définissant un certain nombre d'acteurs clés dont son responsable. Ce responsable a été désigné à l'unanimité comme devant être le responsable du centre de traitement, ce qui a marqué un véritable changement de la part des sections.

4.- Discussions et perspectives

4.1.- Le cadre de la discussion

Les demandes sociales émanant des entreprises (en particulier celles autour des risques dits psychosociaux), ainsi que les apports de la clinique de l'activité ont permis de mettre l'accent sur les préoccupations liées développement individuel et collectif (Caroly, 2010 ; Clot, 2008 ; Davezies 2008). Dans cette perspective, il s'agit de comprendre et d'agir sur les leviers qui permettent aux individus et aux collectifs de développer leur activité, de développer leurs situations de travail et finalement de contribuer à leur propre développement. Il nous semble que tenir cet aspect nécessite de se soucier conjointement, voire au préalable, du développement de l'organisation. En effet, une organisation qui ne faciliterait pas les processus de régulations dans le travail (Czarniawska, 2009 ; Johansson Hanse, & Winkel, 2008 ; de Terssac & Lalande, 2002), voire qui les nierait, provoquerait une dégradation du travail, dans le sens où elle ne permettrait pas les débats nécessaires à sa remise en cause permanente. Une organisation fiable serait une organisation qui permet aux travailleurs de faire face à la variabilité, de gérer les imprévus du quotidien, en d'autres termes, de prendre soin du travail compte tenu de la nature forcément incomplète de la prescription. Finalement, la question consiste à savoir comment favoriser, de façon durable, le développement du pouvoir d'agir des salariés par (et durant) l'intervention ergonomique ?

4.2.- La participation : à quel prix ?

Il y a généralement 2 portes d'entrée possibles pour proposer une action sur l'organisation. La première, qui était l'objet de la demande à la Mutuelle, concerne l'accompagnement d'un changement organisationnel. Dans ce cas, une volonté des décideurs est plus ou moins affichée pour remettre en question et modifier l'organisation existante et, en principe, un dispositif de transformation est établi en conséquence. La seconde porte d'entrée concerne les demandes qui font état d'un problème, sans que la transformation de l'organisation soit une perspective clairement affichée. La mise en avant sur la scène médiatique des RPS a favorisé l'émergence de demandes de cette nature. Les représentations dominantes conduisent souvent les demandeurs à considérer la porte de sortie comme un accompagnement des individus les plus « fragiles » (Clot, 2010), même si l'on connaît l'inefficacité des interventions de type « gestion du stress » sur l'absentéisme par exemple (Van Rhenen, Blonk, Schaufeli, & van Dijk, 2007). Dans ce second cas de figure, l'action sur l'organisation ne coule pas de source pour les demandeurs. Un travail important est nécessaire, de la part des intervenants et d'autres acteurs dans l'entreprise, pour faire prendre conscience que le problème a des origines autres que la seule fragilité des individus. Quoi qu'il en soit, une démarche qui vise à agir sur l'organisation ne peut se faire sans ceux qui la « subissent » et doivent la faire vivre. Autrement dit, les individus et les collectifs qui produisent de la structure organisationnelle (des règles, des procédures, des collaborations, des répartitions de tâches), de manière plus ou moins officielle et reconnue, doivent être partie prenante des réflexions sur l'organisation.

À la Mutuelle, nous avons conçu les groupes de travail de telle manière que les discussions portaient sur des éléments du travail observés et validés et qu'il était possible de décider de certaines solutions à mettre en place. Cette méthode n'est pas envisageable si les intervenants n'obtiennent pas un minimum de garantie sur les possibles solutions à mettre en œuvre. Préparée et menée ainsi, la participation aux expérimentations a été le moyen pour les participants de développer leurs capacités à alimenter et structurer la régulation :

- en transformant les problèmes perçus comme « individuels » en problèmes organisationnels ;
- en améliorant leur situation de travail ;
- en développant et en valorisant leurs compétences techniques (Béguin, 2007) ;
- en construisant ou en renforçant les liens avec les collègues (Caroly, 2010) ;
- en valorisant des compétences propres au travail d'organisation et donc au-delà des modèles et des critères classiques d'évolution de carrière (Castilla, & Bernard, 2010).

Pour y parvenir, il nous semble que 3 conditions sont indispensables :

- avoir des garanties de transformation, par décision locale, même si elles sont minimales dans un premier temps ;
- considérer la participation dans un processus expérimental ;
- constituer des groupes de travail relativement tôt dans l'intervention.

De cette manière, nous avons utilisé l'expérimentation pour faire la démonstration que la régulation au plus bas niveau pertinent (Petit et al., 2011) est, pour les individus et les collectifs, une ressource au développement de leur pouvoir d'agir, dans le sens où ils trouvent des possibilités de traiter des problèmes quotidiens qui font sens pour eux, mais qui n'étaient pas reconnus comme tel jusque-là.

4.3.- Au-delà des solutions « techniques » : les lieux et circuits de décision

Cette première étape du travail, sur la gestion des erreurs et l'amélioration des circuits de traitement, n'était pas l'objectif principal de l'expérimentation. En effet, même si cela a permis d'améliorer le quotidien des agents, l'objectif sous-jacent visait plutôt la mise en évidence que les lieux et les circuits de décision actuels n'étaient pas appropriés. En faire la démonstration par l'efficacité de structures de régulation, mises en place pendant l'intervention, a permis de le faire comprendre et accepter par les décideurs. À plusieurs reprises, les solutions envisagées

localement remettaient en cause des choix d'organisation de la décision faits par les dirigeants. Par exemple, pour améliorer la gestion de certains dossiers avec les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, hôpitaux), il était nécessaire d'établir un contact téléphonique avec eux. Comme le CT traitait ces dossiers, l'ensemble des participants considérait qu'il était plus efficace que le CT prenne directement contact avec les professionnels de santé, plutôt que d'envoyer le dossier en section qui devait, de toute façon, prendre du temps pour s'approprier les éléments du dossier. Or, un des choix structurant de l'organisation visait à séparer « strictement » la production de *back-office* de celle de *front-office*. Du point de vue des compétences, les agents et cadres participants aux groupes étaient parfaitement légitimes pour prendre cette décision. Pourtant, lorsque nous avons fait état de cette proposition aux dirigeants, il a fallu faire « machine arrière » localement et arrêter le test de cette solution. Ce n'est que plusieurs semaines après, suite à des échanges avec d'autres responsables du siège national et l'appui de responsables politiques qui participaient aux groupes, qu'il a été possible de tester de nouveau cette solution. La raison de ce « blocage » était double : d'une part, nous avons remis en question un choix majeur fait par les dirigeants en termes d'organisation de la production et, d'autre part, la proposition venait « d'en bas ». Pour autant, seul le travail local sur la résolution de difficultés quotidiennes avait permis de remettre en question ce choix. Les tests ont montré par la suite l'efficacité de cette solution qui est devenue une règle officielle. La gestion de ces cas, qui ont été nombreux, s'est révélée être la plus grande difficulté du travail d'expérimentation pour les intervenants. Une fois que les premiers cas ont été gérés, les groupes avaient parfaitement perçu l'intérêt de poursuivre dans ce sens, ce qui provoquait régulièrement des confrontations concernant les lieux et les circuits de décision. Sous couvert de l'expérimentation (ce qui sous-entend la possibilité de revenir en arrière), nous avons obtenu des dirigeants la possibilité de modifier ces circuits et espaces de décision. Nous avons donc, dans un premier temps, joué ce rôle de médiateur. Puis, au fil de l'expérimentation, nous avons quitté ce « costume » qui a été légitimement proposé, par les participants, au responsable du centre de traitement.

Cette intervention, s'appuyant pour une grande part sur l'expérimentation, a donc permis de mener des actions à trois niveaux :

- une modification de la structure organisationnelle par les groupes de travail (répartition des tâches entre sites, modifications de procédures, etc.) ;
- une remise en cause et une modification des circuits et lieux de décision ;
- une réflexion sur la structure générale de l'organisation, avec les dirigeants du siège national, pour pérenniser ce mode de fonctionnement.

C'est ainsi que les dirigeants ont proposé de mettre en place une « régionalisation » qui visait la définition de nouveaux circuits opérationnels et décisionnels au niveau d'une région (1 CT et les 20 sections) avec une délégation de pouvoir plus importante. Ceci a constitué la suite de notre intervention.

Ce travail de remise en cause de la répartition du pouvoir vient directement percuter les difficultés que rencontrent les cadres dans leur pratique. En effet, une des causes de l'absence de régulation et de débats sur le travail provient de l'incapacité des cadres à produire de la règle (Reynaud, 2003). Par conséquent, il est indispensable de les associer à la démarche. Les chefs de groupes, agents de maîtrise, contremaîtres doivent pouvoir participer aux groupes de travail comme « décideurs pertinents » compte tenu du travail effectué dans ces groupes. Les autres cadres intermédiaires doivent pouvoir réfléchir aux processus et aux résultats produits dans les groupes au regard des difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique. Ils seront les « porteurs » d'une remise en cause des circuits et lieux de décision auprès des dirigeants et maîtres d'œuvre de nouvelles propositions. Jusque-là, l'analyse du travail des cadres était plutôt orientée sur la nature des prescriptions comme éléments déterminants de l'activité des subordonnés. Il nous semble aujourd'hui intéressant de poursuivre la compréhension du travail des cadres en portant l'attention sur la répartition des pouvoirs et des circuits de décision.

Tout ceci nous conduit à discuter de l'objet de l'intervention sur l'organisation. Il nous semble que le cœur de la problématique est bien là. Construire des espaces de régulations temporaires

n'est pas suffisant. Il est nécessaire de modifier les lieux et les circuits de décision. Ceux qui travaillent ont besoin des marges de manœuvre nécessaires pour modeler sans cesse le travail en fonction des variabilités. On peut stabiliser la structure de l'organisation de telle sorte qu'elle améliore les situations traitées. Néanmoins, une fois l'intervention terminée, l'adaptation permanente du travail aux aléas et variabilités des situations continuera d'être nécessaire. Agir sur les circuits et les lieux de décision offre une opportunité aux agents et aux responsables de garder une marge de régulation sur le travail et de prendre de soin des situations qui n'auraient pas été anticipées par la structure. En s'appuyant sur le concept de subsidiarité organisationnelle (Petit et al., 2011), l'intervention ergonomique peut alors permettre de proposer une architecture décisionnelle où il convient de décider au plus bas niveau pertinent.

4.4.- Prendre du temps pour le changement

Le changement organisationnel ne peut donc pas être seulement envisagé comme la modification d'un process, une nouvelle répartition des tâches ou encore la définition de nouveaux objectifs. Il va généralement bouleverser le cœur de métier des salariés : apprendre des procédures, apprendre de nouvelles manières de faire face aux variabilités, construire de nouveaux liens avec les collègues, réapprendre les circuits opérationnels et décisionnels, élaborer de nouveaux critères de qualité, de nouveaux enjeux. Tout ceci nécessite du temps. Dans l'intervention à la Mutuelle, un des enjeux, pour les ergonomes, a été de tenir cette marge de manœuvre temporelle. L'expérimentation a souvent été considérée par des dirigeants comme un processus avec une inertie trop importante au regard des engagements initiaux et des résultats qu'elle produisait. Pourtant, un changement organisationnel qui ne laisse pas ce temps de mise en place de structures de régulation aura pour conséquence des effets négatifs et non souhaités sur l'efficacité de la production et la santé (Cuvelier, & Caroly, 2011 ; Hasle, & Jensen, 2006). Il a donc fallu fréquemment justifier l'intérêt d'une telle démarche qui, aux yeux de certains dirigeants, permettait seulement de faire quelques ajustements locaux de procédures ou de répartitions de tâches. Pour les agents qui participaient aux groupes, l'intérêt était différent. C'était aussi pour eux un temps d'apprentissage et de transmission (Petit, 2006). Ces ajustements du travail étaient donc l'occasion de remettre en question les manières de travailler et d'en proposer de nouvelles. Ceci leur permettait aussi d'apprendre quels étaient les circuits de décision et quelles étaient les personnes qui avaient la capacité de décider en fonction du problème posé. Il s'agit là d'une base essentielle à la structuration d'espaces de régulations. Enfin, pour ceux qui participaient aux groupes, cet apprentissage était plus aisé que pour les autres. Par conséquent, il fallait aussi laisser un temps pour que la transmission (nouvelles règles, circuits et lieux de décision) puisse se faire entre les agents qui participaient et les autres.

Envisagée ainsi, l'intervention revêt des caractéristiques pédagogiques (Dugué et al., 2010). En effet, l'intervention devient un temps d'apprentissage sur son propre travail, sur celui des autres, à propos des nouvelles manières de travailler, des circuits et lieux de décision et un moment de transmission vers les autres collègues. De plus, les intervenants ont besoin de ce temps pour gagner la confiance des participants aux groupes et des dirigeants. Les participants attendent de voir si les intervenants seront capables de « faire changer les choses », même si les dirigeants ont officiellement délégué cette capacité aux intervenants. Les dirigeants, quant à eux, sont en attente des résultats. Pour atteindre ces objectifs, la question du temps nécessaire est primordiale. Une intervention sur l'organisation qui ne laisserait pas ce temps entacherait autant la confiance des acteurs que les résultats possibles.

4.5.- L'engagement des intervenants

Enfin, ce cadre d'action dans l'entreprise nécessite un engagement important de l'intervenant. Derrière cette action sur l'organisation se cache un engagement politique de l'intervenant. Il s'agit de trouver des possibilités de redonner du pouvoir d'agir aux individus de manière à ce qu'ils puissent rendre leur travail acceptable, pour eux-mêmes, leurs collègues et la hiérarchie. Et ceci se fait « en partage » avec les personnes qui s'engagent avec lui dans cette aventure. Or, comme le souligne Daniellou (2006, pp. 12-13), « le tissu social de l'entreprise n'est pas fait que d'interlocuteurs 'typiques' : les chefs d'établissement, représentants du personnel,

concepteurs, médecins du travail, etc. que l'ergonome rencontre dans l'intervention, ont certes des fonctions définies [...], mais ce sont des personnes particulières qui ne peuvent pas être ramenées aux seules caractéristiques de leur fonction. Leur intérêt pour les questions de travail, de santé, et les marges de manœuvre qu'ils cherchent à se donner dans ces domaines sont liés à leur histoire personnelle, familiale, sociale et aux valeurs qui en résultent [...]. Ils sont tous placés dans des débats de normes fortement personnalisés ». En conséquence, au-delà de son propre engagement initial, l'ergonome devra parfois s'engager sur des enjeux importants pour et avec les personnes avec qui il coopère.

5.- Conclusion : vers quel modèle d'intervention pour quel modèle d'organisation ?

Au regard de ce que nous venons de proposer, la question finale est de savoir quel modèle d'intervention est souhaitable pour quel modèle d'organisation. Très clairement, le modèle d'organisation visé doit favoriser le développement. Le développement de l'artefact (ici la structure organisationnelle), génère un développement de l'activité des individus et des collectifs. Dans l'exemple développé ci-dessus, l'expérimentation est un moment de simulation en grandeur nature. Elle permet aux individus y participant de développer une activité particulière (Béguin & Weill-Fassina, 1997), durant laquelle ils se retrouvent en situation d'apprentissage pour la conception de situations futures de travail. Dans un tel modèle, les salariés ne sont plus seulement considérés comme une ressource, mais comme des contributeurs au travail d'organisation (Heller et al., 1998). La remise en question permanente de la structure organisationnelle par les salariés, à partir des défaillances de production, doit être envisagée comme une perspective d'évolution du fonctionnement organisationnel. L'intérêt est double : fiabiliser l'organisation en structurant des boucles de régulations au plus bas niveau pertinent et donner une capacité d'action aux salariés sur leur situation de travail. À terme, ce double développement de l'activité et de l'artefact favorise le développement des individus et de leur situation (Figure 1).

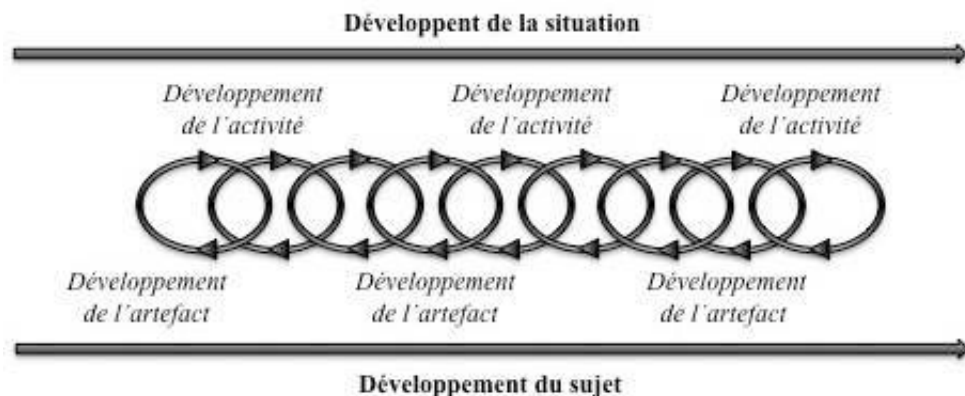


Figure 1 : Développement conjoint du sujet et de la situation

Figure 1: Joint development of subject and situation

Le travail d'expérimentation fait à la Mutuelle met en évidence l'intérêt de travailler à partir de situations problématiques et non résolues par l'organisation. Il montre qu'il y a deux niveaux d'action possibles : sur les règles qui permettent de résoudre ces situations problématiques et sur les règles qui permettent de structurer le travail d'organisation. L'expérimentation permet de tester ces deux niveaux de règles. L'organisation de débats sur le travail et sur les boucles de régulation possibles constitue dès lors un apprentissage nécessaire pour que ces débats se structurent au-delà de l'intervention. Ceci conduit, nous semble-t-il, à repenser les modes et les cibles d'intervention, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Finalement, ceci va dans le sens d'un projet pour le développement durable des individus et des organisations (Gaudart, & Chassaing, 2009). Il nous semble que cette perspective s'inscrit dans

un courant de l'ergonomie constructive (Falzon, 2013). Ce courant oriente la pratique de l'ergonomie vers la nécessité de ne plus seulement participer à la conception de situations de travail adaptées, mais aussi et surtout à la conception de situations adaptables (Petit, 2005). Pour cela, l'organisation du fonctionnement de l'entreprise et plus particulièrement sur la structuration de boucles de régulation évolutives deviendra des cibles majeures de l'intervention ergonomique. Ainsi, les réflexions futures devront certainement s'orienter vers la possibilité de modifier la structuration des processus de décision, gages de régulation efficace du travail. C'est ainsi, nous semble-t-il, que l'intervention ergonomique peut permettre un développement du pouvoir d'agir des individus.

REFERENCES

- Béguin, P. (2007). Innovation et cadre sociocognitif des interactions concepteurs-opérateurs. *Le Travail Humain*, 70(4), 369-390.
- Béguin, P., & Weill-Fassina, A. (1997). *La simulation en ergonomie : connaître, agir, interagir*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Bellemare, M., Beaugrand, S., Marier, M., Larue, C., & Vezeau, S. (2003). *Les simulations centrées sur l'activité au cours de l'accompagnement ergonomique des projets industriels : deux cas de conception de cabines de véhicule dans l'industrie métallurgique*. Rapport R-329, Montréal, IRSST, http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_872.html.
- Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches. Université de Bordeaux.
- Castilla, E.J., & Benard, S. (2010). The Paradox of Meritocracy in Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 55, 543-576.
- Clot, Y. (2004). Action et connaissance en clinique de l'activité. *Activités*, 1(1), 23-33.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Coutarel, F. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité*. Thèse de doctorat en ergonomie. Bordeaux: Éditions du Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes.
- Cuvelier, L., & Caroly, S. (2011). Transformation du travail, transformation du métier : quels impacts sur la santé des opérateurs et sur l'activité collective? *Pistes*, 13(1). <http://www.pistes.uqam.ca/v13n1/articles/v13n1a2.htm>.
- Czarniawska, B. (2009). *A Theory of Organizing*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Daniellou, F. (1988). Ergonomie et démarche de conception dans les industries de process continu, quelques étapes clefs. *Le travail Humain*, 51(2), 184-194.
- Daniellou, F. (2003). Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique. In C. Martin, & D. Baradat (Eds.), *Des pratiques en réflexion* (pp. 225-240). Toulouse: Octarès Éditions.
- Daniellou, F. (2006). Entre expérimentation réglée et expérience vécue. *Activités*, 3(1), 5-18.
- Daniellou, F. (2013). L'ergonome et les débats sur la performance de l'entreprise. In J. Petit, K. Chassaing, & S. Aubert (Eds.), *Des pratiques en évolution* (pp. 321-332). Toulouse: Octarès Éditions.
- Daniellou, F., & Martin, C. (2007). La formalisation de l'intervention en ergonomie. Des contextes et des rencontres. *Éducation permanente*, 170, 63-75.
- Darses, F. (2002). Décalages socio-cognitifs en réunions de conception participative. *Le Travail Humain*, 65(4), 315-337.
- Davezies P. (2006). Une affaire personnelle ? In L. Théry (Ed.), *Le Travail intenable* (pp. 138-168). Paris: Éditions La Découverte.
- Davezies, P. (2008). Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69, 195-203.
- Denis, J. (2007). La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail. *Sociologie du travail*, 49, 496-513.
- Dugué, B., & Petit, J. (2011). Nouvelles organisations et vieilles recettes tayloriennes. In N. Troadec (Ed.), *L'intervention de l'ergonome sur les nouvelles organisations. Enjeux de santé et de*

- performance. *Actes des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie* (pp. 89-97). Bordeaux: Éditions Département d'Ergonomie.
- Dugué, B., Petit, J., & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *Pistes*, 12(3), <http://www.pistes.uqam.ca/v12n3/articles/v12n3a2.htm>.
- Faïta, (2003). Apports des sciences du travail à l'analyse des activités enseignantes. *Skholê, hors série*, 1, 17-23.
- Falzon, P. (2005). Developing ergonomics, developing people. Proceedings of the 8th South East Asian Ergonomics Society Conference SEAES-IPS International Conference bridging the gap, may 23-25, 2005. Denpasar, Bali, Indonesia, pp. 1-10.
- Falzon, P. (2013). *Ergonomie constructive*. Paris: PUF.
- Gaudart, C., & Chassaing, K. (2009). Organisation du travail et ergonomie. *Conférence plénière du 44^e Congrès de la SELF*. Toulouse.
- Hagberg M., Silverstein B., Wells R., Smith M.J., Hendrick H.W., Carayon P., & Perusse M. (1995). *Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs): A Reference Book for Prevention*. London: Taylor & Francis.
- Hasle, P., & Jensen, P.L. (2006). Changing the Internal Health and Safety Organization Through Organizational Learning and Change Management. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing, Vol. 16 (3)* 269-284.
- Heller, F., Pusić, E., Strauss, G., & Wilpert, B. (1998). *Oraginazional participation: myth and reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Johansson Hanse, J., & Winkel, J. (2008). Work Organisation Constructs and Ergonomic Outcomes among European Forest Machine Operators. *Ergonomics*, 51(7), 968-981.
- Kuorinka, I. (1997). Tools and means implementing participatory ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 19, 267-270.
- Lacomblez, M., Montreuil, S., & Teiger, C. (2000). Ergonomic Work Analysis, Training and Action: New Paths Opened by the Interconnection of Approaches. *Proceedings of the Human Factors & Ergonomics Society Annual Meeting*, pp. 647-650.
- Lallement, M., Marry, C., Lorient, M., Molinier, P., Gollac, M., Marichalar, P., & Martin, E. (2011). Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? *Sociologie du travail*, 53, 3-36.
- Leplat, J. (1996). Quelques aspects de la complexité en ergonomie. In F. Daniellou (Ed.), *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques* (pp. 57-76). Toulouse: Octarès Éditions.
- Liker K., Nagamachi M., & Lifshitz Y.R. (1995). A comparative analysis of participatory ergonomics programs in US and Japan manufacturing plants. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 3, 185-199.
- Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Maline, J. (1994). *Simuler le travail : une aide à la conduite de projet*. Lyon: Éditions ANACT.
- Martin, C. (1998). *La conception architecturale entre volonté politique et faisabilité technique. Le positionnement de l'intervention ergonomique*. Thèse de doctorat en ergonomie. Bordeaux: Éditions du Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes.
- Daniellou, F., & Martin, C. (2007). Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce de l'ergonomie ? In *Actes des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie* (pp. 13-32). Bordeaux: Éditions du LESC.
- Nagamachi M. (1995). Requisites and practices of participatory ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 15(5), 371-377.
- Petit, J. (2005). *Organiser la continuité du service : intervention sur l'organisation d'une Mutuelle de santé*. Thèse de doctorat en ergonomie. Bordeaux: Éditions du Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes.
- Petit, J. (2006). Experimentation as means of intervention for the ergonomist in the management of an organizational change? A case study. In *IEA 2006, XVIth World Congress on Ergonomics*. Maastricht, Pays-Bas.
- Petit, J., Dugué, B., & Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques. *Le Travail Humain*, 74(4), 391-410.

- Pinsky, L. (1992). *Concevoir pour l'action et la communication : essai d'ergonomie cognitive*. Berne: Peter Lang.
- Rabardel, P., Teiger, C., Laville, A., Rey, P., & Desnoyers, L. (1991). Ergonomic Work Analysis and Training. In *Designing for Everyone: Proceedings of the 11th Congress of the International Ergonomics Association*, pp. 1738-1740.
- Reynaud, J-D. (2003). Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. In G. de Terssac (Ed.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (pp. 103-113). Paris: Éditions La Découverte.
- St-Vincent M., Toulouse G., & Bellemare M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions. *Pistes*, 2, 1, <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/articles/v2n1a5s.htm>
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denys, D., Ledoux, E., & Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec: Éditions MultiMondes, IRSST.
- Sen, A. (2005). Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*, 6(2), 151-166.
- Teiger, C., Barbaroux, L., David, M., Duraffourg, J., Galisson, M.T., Laville, A., & Thareaut, L. (2006). Quand les ergonomes sont sortis du laboratoire... à propos du travail des femmes dans l'industrie électronique (1963-1973). Rétro-réflexion collective sur l'origine d'une dynamique de coopération entre action syndicale et recherche-formation-action. *Pistes*, 8(2), <http://www.pistes.uqam.ca/v8n2/articles/v8n2a4.htm>.
- Terssac (de), G., & Lalande, K. (2002). *Du train à vapeur au TGV. Sociologie du travail d'organisation*. Paris: PUF.
- Terssac (de), G., & Lompré, N. (1994). Coordination et coopération dans les organisations. In B. Pavard (Ed.), *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception* (pp. 175-201). Toulouse: Éditions Octarès.
- Thébaud-Mony, A., & Robartel, N. (2009). *Stress et risques psychosociaux au travail*. Paris: La documentation française, collection Problèmes politiques et sociaux, n°965.
- 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.
- Vink P., & Kompier M.A.J. (1997). Improving office work: a participatory ergonomic experiment in a naturalistic setting. *Ergonomics*, 40(4), 435-449.
- Wilson J.R., & Haines H.M. (1997). Participatory ergonomics. In G. Salvendy (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics* (pp. 490-513). Chichester: Wiley & Sons.
- Wisner, A. (1972). Diagnosis in Ergonomics or the Choice of Operating Models in Fields Research. *Ergonomics*, 15(6), 601-620.
- Wisner, A. (1995). Le diagnostic en ergonomie ou le choix des modèles opérants en situation réelle de travail. In A. Wisner, *Réflexion sur l'ergonomie (1962-1995)* (pp. 79-102). Toulouse: Octarès Éditions.
- Woods V., & Buckle, P. (2006). Musculoskeletal ill health amongst cleaners and recommendations for work organisational change. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 36(1), 61-72.

RESUME

La recherche sur la pratique en ergonomie fait l'objet de travaux depuis de nombreuses années. L'objectif de cette recherche vise à proposer des généralisations concernant les démarches d'intervention des ergonomes, à partir de cas concrets. Nous souhaitons montrer que l'implication des ergonomes dans les projets de transformation du travail a évolué. Les ergonomes se sont construits une place indiscutable parmi les acteurs qui transforment le travail. Cela dit, il nous semble que deux facteurs majeurs obligent à penser différemment leur action. D'une part, les évolutions du monde du travail, avec notamment l'accroissement des activités de services et de nouvelles formes d'organisation, nous contraignent inévitablement à accentuer nos actions sur des déterminants organisationnels. D'autre part, l'évolution des modèles de la santé nous permettent d'envisager

celle-ci comme un construit, favorisé par le développement des individus et des collectifs : le développement des opérateurs au sein de leur environnement de travail devient ainsi un objectif en soi. À partir d'une intervention, nous essaierons de montrer que l'intervention ergonomique doit avoir un objectif double et des dispositifs associés :

- Favoriser l'expérimentation organisationnelle à partir d'un travail collectif sur la gestion des difficultés de production. Ce dispositif sera envisagé comme un moyen de développer les apprentissages sur le travail et sur la régulation organisationnelle.
- Transformer la structure organisationnelle et des circuits décisionnels par un travail avec les décideurs.

MOTS-CLEFS

Secteur des services, intervention, organisation, développement de l'activité

RÉFÉRENCEMENT

Petit, J., & Dugué, B. (2013). Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir : le rôle possible de l'intervention en ergonomie. *Activités*, 10(2), 210-228, <http://www.activites.org/v10n2/v10n2.pdf>

Article soumis le 9 mars 2012, accepté pour publication le 30 mai 2013