

La réalisation du diagnostic psychosocial par les consultants: Enjeux et conflits préventifs

CHAKOR Tarik
Doctorant en Sciences de Gestion
Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail
LEST-CNRS, UMR 6123, Aix-en-Provence
tarik.chakor@univmed.fr

Introduction

Évolutions des cadres légaux et réglementaires, monde du travail en mutation, multiplication des « scandales sanitaires » dans la sphère professionnelle : la question de la santé au travail est progressivement revenue sur le devant de la scène, notamment dans sa dimension mentale. La lutte contre les « risques psychosociaux » (RPS) constitue pour le BIT « *l'un des plus grands défis que devront relever les gouvernements, les employeurs et les syndicats au cours des années à venir* ».

La prévention des risques psychosociaux représente en effet un quadruple enjeu :

- *un enjeu économique* : coût croissant de l'absence et du turnover liés aux RPS,
- *un enjeu social* : lutter contre la dégradation du climat social,
- *un enjeu juridique* : responsabilité pénale de l'employeur engagée,
- *un enjeu politico-médiatique* : focalisation de l'opinion publique et de la classe politique.

La typologie des approches préventives la plus couramment utilisée en santé publique est celle de la prévention à trois niveaux. Cette démarche de prévention, reprise notamment par les organismes multinationaux de protection de la santé au travail (O.I.T., O.M.S., N.I.O.S.H., Eurofound, O.S.H.A.) comporte trois stades, de préférence successifs, respectivement nommés primaire, secondaire et tertiaire : combattre le mal à la source, empêcher le développement de ce mal, soigner les personnes atteintes par le mal.

La prévention primaire : cette prévention est une démarche collective, visant à réduire les sources de RPS dans l'entreprise en agissant directement sur l'organisation, les conditions de travail, les relations de travail ou le poste de travail. Elle agit donc sur les facteurs de risque présents dans le milieu du travail, pour réduire leurs impacts négatifs sur l'individu. Cette prévention est la plus efficace à long terme, la seule attitude véritablement préventive. Cette démarche est soutenue par une législation nationale et internationale mettant l'accent sur l'évaluation du risque et la lutte contre les risques en intervenant sur les situations stressantes,

avec pour cible la situation de travail et le salarié dans son rôle collectif, non pris de manière individualisée.

La prévention secondaire : il s'agit ici d'une prévention corrective, avec des interventions visant à renforcer la résistance individuelle des salariés vis-à-vis de situations de travail potentiellement stressantes. L'objectif est d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et les contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de RPS ou en renforçant leur résistance aux RPS par le soulagement des symptômes qui y sont associés. Les actions secondaires sont mises en œuvre quand les symptômes individuels ou collectifs de mal-être psychologique sont manifestes.

La prévention tertiaire : elle est essentiellement curative. Elle vise à prendre en charge les salariés en souffrance, médicalement et psychologiquement, constituant une réponse d'urgence à des salariés effectivement en souffrance. Les interventions au niveau tertiaire ont pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de santé mentale au travail (assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien aux salariés, consultations spécialisées, etc.). Cette intervention qui a pour but de réduire les conséquences du stress sur les personnes peut prendre différentes formes : méditation, relaxation, thérapies cognitives et comportementales, débriefing collectif etc.

Une prédominance du secondaire et du tertiaire au détriment du primaire

Plusieurs références bibliographiques sur les programmes de prévention du stress et des problèmes de santé psychologique au travail soulignent la dominance des programmes de prévention axés sur l'individu (secondaire et tertiaire), au détriment de programmes centrés sur l'organisation (primaire) (Cartwright et al., 1996 ; Ivancevich et al., 1990).

Pourtant, bien que les interventions secondaires et tertiaires peuvent s'avérer utiles, voire nécessaires, des études ont démontré que les interventions primaires s'avèrent être les plus efficaces (Van der Hek & Plomp, 1997), tandis que les interventions individualisées produisent des effets généralement de courte durée (Murphy, 1988). Murphy conclut notamment son étude des interventions individuelles en prévention du stress en affirmant que certaines d'entre elles avaient des effets positifs, mais que ceux-ci diminuaient avec le temps (*ibid.*, 1988).

Notre question de départ s'articulera donc autour de ce constat : pourquoi les interventions de prévention des risques psychosociaux s'orientent principalement vers des actions individualisées, de type secondaire et tertiaire, au détriment d'actions collectives, de type primaire, reconnues pourtant comme étant les plus efficaces à long terme ?

Nous nous intéresserons tout d'abord au concept de « risques psychosociaux » et ses différentes grilles de lecture disciplinaires. Puis nous nous pencherons sur les conséquences de cette pluralité d'approches sur la prévention des RPS. Enfin nous analyserons en quoi cette prévention, plus précisément sa phase de diagnostic, doit s'inscrire dans un champ d'enjeux et de conflits préventifs entre différents acteurs de la prévention des RPS, au regard de l'action de consultants externes.

1. Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ?

Avant de nous focaliser sur notre objet d'étude, la prévention des risques psychosociaux du travail, il convient tout d'abord de nous interroger sur le concept même de « risques psychosociaux ».

Un concept en apparence homogène

Ce concept est en apparence un terme homogène, caractérisant les risques professionnels d'ordre mental : les RPS ne présentent pas de danger *a priori*, sont difficilement identifiables, font état d'une logique multifactorielle, de facteurs de risque différents, de situations diverses de survenue des risques, ainsi que d'effets individuels et collectifs différents. La relation de cause à effet du risque psychosocial présente un caractère probabiliste, difficilement sujet à anticipation, avec des facteurs se croisant à l'infini, qu'il s'agisse des causes (nature des tâches professionnelles, organisation du travail, politique de ressources humaines, relations de travail, politique générale de l'entreprise..) ou des effets (fatigue, tension, douleurs, hypersensibilité, nervosité, isolement, stress...). Ainsi, on retrouve principalement sous le terme de « risques psychosociaux » des réalités telles que le stress, la violence, le surmenage, l'anxiété, le *burnout*, le *job strain*, la fatigue nerveuse ou le mal-être psychologique...

Cependant, en nous intéressant de plus près à la caractérisation de ces risques, il est possible de distinguer l'existence de différentes approches, de type disciplinaire, éclairant différentes logiques d'occurrence de RPS.

Les grilles de lecture disciplinaires des risques psychosociaux : six « portes d'entrée représentatives »

Il est possible de distinguer six grilles de lecture disciplinaires des RPS : biologique, épistémologique, psychodynamique, psychologique cognitiviste, psychologique clinicienne et sociologique.

La *grille de lecture biologique* analyse le fonctionnement du corps humain via ses régulations « naturelles » et physiologiques. Ainsi, les RPS seront conséquences ici d'une réaction du corps humain à une agression extérieure. Hans Selye fut l'un des premiers à s'intéresser au mécanisme du stress, considéré comme un mécanisme adaptatif normal du fonctionnement humain, ne devenant pathologique qu'après exposition chronique à la situation stressante (Selye, 1976). Il distingue la phase d'alarme, la phase d'adaptation et la phase d'épuisement, où les moyens de défense deviennent inefficaces ou épuisés.

La *grille de lecture épidémiologique* vise à identifier les facteurs de l'environnement de travail perçus par l'individu et pouvant augmenter le risque de survenue de problèmes de santé (Neboit & Vézina, 2002), notamment via les deux modèles de référence : le modèle de Karasek et le modèle de Siegrist. Le premier considère comme situation à risque pour la santé la situation combinant forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle : le *job strain*. Ce modèle a ensuite été complété par le *soutien social*, la perception d'un manque de soutien social au travail conduirait à aggraver les effets du *job strain*. Le second considère la perception d'un déséquilibre efforts élevés/récompenses faibles comme source de RPS.

La *grille de lecture psychodynamique* introduit la structure de la personnalité dans le rapport homme - travail, pour analyser ce que la confrontation à la tâche représente pour lui (Dejours, 1980). La souffrance mentale naît de l'inadaptation entre les besoins issus de la structure mentale du sujet et le contenu ergonomique de la tâche, le travail étant un élément central de la construction de l'identité du travailleur. Ainsi, le manque de reconnaissance, l'amputation du sens du travail, l'impossibilité de participer à la production commune sera source de souffrance.

La *grille de lecture psychologique cognitiviste* étudie la perception qu'a l'individu de l'équilibre ou du déséquilibre entre les exigences auxquelles il est soumis et les ressources

qu'il peut mobiliser dans une situation de travail. Selon le modèle transactionnel, la souffrance mentale apparaît quand l'individu est face à un événement qu'il perçoit comme excédant ses ressources disponibles perçues. Ainsi une même situation peut être vécue différemment selon la signification qui lui est accordée par l'individu. Selon le modèle interactionniste, l'émergence des RPS dépend de la perception individuelle des contraintes de la situation de travail et des facteurs individuels (sociologiques, démographiques, professionnels, psychologiques).

La *grille de lecture psychologique clinique* analyse le rapport sensible au travail et l'engagement de l'homme au travail, sujet social et psychique, agissant via des processus physiologiques et cognitifs. Toute situation de travail empêchant le développement du rapport sensible au travail, ou l'« activité empêchée », augmentera la souffrance mentale de l'individu (Davezies, 2007).

La *grille de lecture sociologique* vise à prendre en compte le subjectif, à le replacer dans l'organisation du travail et dans les dynamiques de groupe (Loriol, 2009). Les RPS sont considérés comme une construction sociale propre à chaque milieu professionnel permettant de verbaliser des tensions professionnelles. Le recours à ce terme diffèrera selon les milieux professionnels et l'« étiquetage du malaise » : il existe différentes façons de vivre un même mal-être, influencé par la culture, les représentations, les normes et valeurs du groupe professionnel. Loriol parle de « construction sociale de la souffrance et du stress au travail » (*ibid.*, 2009). La souffrance mentale, dont le stress professionnel, apparaîtra dans les cas d'obstacle au fonctionnement du collectif, d'absence de construction collective, de restriction des espaces d'autonomie et de construction personnelle.

Réaction physiologique, perception individuelle de l'environnement de travail, obstacle à la construction de l'identité, perception cognitive d'une situation excédant les ressources perçues, obstacle au développement du rapport sensible au travail ou construction sociale de la souffrance : les RPS peuvent donc répondre à différentes logiques d'occurrence, différents « chemins de causalité ».

Nous allons nous interroger sur les impacts d'une telle pluralité d'interprétations et de représentations sur la prévention des RPS au sein de la sphère professionnelle : comment ces représentations influent-elles sur la mise en place d'actions préventives au travail ?

2. De la représentation retenue découle le type de prévention mis en place

Comme le souligne Lorient, les « querelles sur les termes (...) ne sont pas que de simples spéculations intellectuelles (...), mais ont des conséquences concrètes et importantes. De la représentation finalement retenue dépendent en effet les solutions mises en œuvre. » (Lorient, 2006).

Ainsi, le type de représentation adopté aura des effets directs sur le type de prévention qui sera mis en place.

Une représentation « responsabilisante »

Il convient ici de confronter les différentes pistes préventives découlant de chacune des grilles de lecture, ces dernières permettant de « responsabiliser » un ou des élément(s) de la situation de travail, parmi le flot d'interactions caractérisant la logique multifactorielle des RPS vue précédemment.

Il est possible de distinguer trois « porteurs de responsabilité des RPS » : l'individu, l'interaction individu-organisation et l'organisation.

La responsabilité des RPS portée par l'individu : cette situation découle des grilles de lecture biologique, épidémiologique et psychologique cognitiviste. En effet, ces trois grilles de lecture font porter la responsabilité de l'occurrence des RPS sur l'individu. Au niveau biologique, il s'agit de la réaction physiologique individuelle qui fait émerger une situation de souffrance mentale. Au niveau épidémiologique et psychologique cognitiviste, c'est respectivement la perception individuelle des contraintes de l'environnement de travail et celle des ressources individuelle dans une situation de travail perçue qui sont à l'origine de RPS.

La responsabilité des RPS portée par l'interaction Individu-Organisation : les grilles de lecture psychodynamique et psychologique clinique soulignent cette interaction comme source potentielle de RPS. L'impossibilité de construire son identité dans l'accomplissement de son travail et/ou de développer un rapport sensible au travail sont à la base de l'émergence des RPS.

La responsabilité des RPS portée par l'organisation : cette situation est portée par la grille de lecture sociologique. C'est l'organisation qui est ici à l'origine des RPS, via une logique d'émergence collective de la souffrance mentale, de construction sociale de cette dernière.

Il existe donc un enjeu d' « imputabilité de responsabilité » lié au choix de la grille de lecture représentative des RPS. Ainsi, une lecture sociologique du phénomène des RPS fera porter la responsabilité de ces derniers aux éléments organisationnels, induisant des actions de prévention de type primaire. Une lecture biologique, épidémiologique ou psychologique cognitiviste tendra à la mise en place d'actions de prévention individualisées, de type secondaire et tertiaire. Enfin, la lecture psychodynamique et psychologique clinique semble offrir des pistes de prévention tant au niveau primaire qu'aux niveaux secondaire et tertiaire, du fait d'une responsabilité dépendant de l'interaction entre l'individuel et l'organisationnel.

La prédominance du secondaire et du tertiaire au détriment du primaire : des explications traditionnelles limitées ou à approfondir

La question de départ de cette présentation s'intéressait au fait que les interventions préventives secondaires et tertiaires, bien que reconnues moins efficaces que les interventions préventives primaires, étaient les plus mobilisées.

Après avoir présenté la pluralité d'approches possibles des RPS, et l'impact de la représentation retenue sur l'action préventive, phénomène appelé « enjeu d'imputabilité des RPS », nous présenterons les raisons traditionnellement avancées expliquant l'individualisation de la prévention. La littérature traitant de ce « paradoxe » avance certaines raisons que l'on pourrait qualifier de « commodités préventives », explications peu satisfaisantes, et d'autres raisons qu'il conviendra d'approfondir.

La solution de facilité

Les acteurs traditionnels de la prévention sont plus enclins à intervenir sur l'individu : en effet, l'intervention est plus facile, car la cible est facilement « repérable », moins coûteuse en temps et en moyens, et elle contourne l'incertitude d'un large programme portant sur l'organisation et mobilisant des ressources beaucoup plus larges, donc moins identifiables dans l'immédiat.

Un rôle de signal

L'individualisation de la prévention joue également un rôle de « signal » auprès des salariés : la visibilité de l'action directe auprès des salariés, la perception individuelle que la Direction, par l'intermédiaire des préventeurs, s'implique vis-à-vis des questions de santé (même dans un contexte conservant ses « stressseurs »).

Difficulté de mesure au niveau organisationnel

Cette « sous-utilisation » du primaire peut également être mise en relation avec la difficulté pour les acteurs de la prévention de définir et de mesurer les risques au niveau organisationnel (Vézina et al., 2006). Selon Abord de Chatillon, ce sont les difficultés de mesure du stress, et plus largement des risques psychosociaux, qui sont à la base de cette individualisation de la prévention : *« l'effort de l'organisation va porter sur les éléments les plus facilement repérables et mesurables ; ce qui n'est pas mesuré n'existe pas vraiment pour le système de décision de l'organisation »* (Abord de Chatillon, 2004). Ainsi, c'est ici le problème d'évaluation du risque psychosocial qui est problématique : on n'agira que sur les éléments que l'on aura pu repérer, voire quantifier.

Profil du préventeur

L'individualisation de la prévention peut être mise en relation avec le profil du préventeur : les praticiens de l'intervention, souvent des conseillers, des psychologues ou des médecins, se sentent plus à l'aise dans des actions de type individuel (Ivancevich et al., 1990) comme nous l'avons exposé précédemment. Abord de Chatillon considère que la nature psychosociologique des troubles psychosociaux amène le gestionnaire à renvoyer la responsabilité du trouble sur l'individu lui-même et ce qu'il vit hors de l'organisation (Abord de Chatillon, 2004).

Un problème d'imputabilité, de « politiquement correct »

Une autre raison souvent avancée pour expliquer l'individualisation de la prévention est qu'il est plus aisé pour un préventeur de faire porter l'origine des maux sur le salarié, sur l'individu, que sur l'organisation, et donc sur la Direction. Selon Huez, *« il est extrêmement difficile pour une direction d'arriver à penser que les modalités organisationnelles qu'elle met en œuvre peuvent être responsables d'atteinte à la santé. »* (Huez, 2008).

Le fait que l'intervention individualisée soit plus mobilisée par les acteurs de la prévention pour de simples raisons de facilité, de signal ou de difficulté de mesure nous apparaîtra, au regard des enjeux d'imputabilité de responsabilité des RPS, au mieux comme une raison marginale, au pire comme une raison superficielle. En effet, le fait d'avoir préalablement souligné l'importance de la grille de lecture représentative retenue dans la mise en place de l'intervention relègue ces « commodités préventives » au rang d'explications peu satisfaisantes.

Cependant, les deux dernières raisons avancées soulèvent une réalité beaucoup plus intéressante : celle d'un champ des RPS composé d'enjeux et de conflits entre acteurs. Il

convient ici d'approfondir ces explications, au regard des enjeux d'imputabilité de responsabilité des RPS notamment.

3. Une prévention des RPS semblant s'inscrire dans un large « jeu d'acteurs » : les enjeux préventifs

L'explication en termes de « profil du préventeur » est directement liée à l'enjeu d'imputabilité de responsabilité : en effet, ce profil aura une incidence directe sur la représentation des RPS finalement retenue par le préventeur. Ainsi, la sur-représentation de profils individualisants aboutira à une individualisation certaine de la prévention des RPS.

L'explication en termes de « problèmes d'imputabilité », de « politiquement correct » est également liée à l'enjeu d'imputabilité de responsabilité des RPS, mais d'une autre manière : ici, l'attention est portée sur le jeu d'acteur existant durant le déroulement de l'action, et sur le fait que ces acteurs ont des « intérêts préventifs » pouvant être convergents ou divergents.

La question de l'imputabilité de responsabilité des RPS semble devoir se poser en termes de lutte de représentation, de jeux d'acteurs visant à « faire porter la responsabilité des RPS » en fonction des intérêts pratiques et symboliques des acteurs.

Le diagnostic psychosocial ou l'étape d'imputabilité des responsabilités

L'étape de diagnostic psychosocial constitue une étape fondamentale de l'action de prévention des risques psychosociaux : la réalisation d'un « diagnostic approprié » est une étape préliminaire et incontournable, un pré requis indispensable aux interventions préventives (Cooper, 2001).

Il convient ici de s'interroger sur le sens à donner au terme « diagnostic approprié » : vis-à-vis de quoi ? de qui ? La subjectivité du diagnostic psychosocial, étape ultime de la prévention désignant les « responsables », doit être ici étudiée.

Ce problème d'imputabilité est d'autant plus prégnant lors que l'action de prévention est réalisée par un acteur externe à l'entreprise, comme les cabinets de consulting : visant des contrats lucratifs, ces cabinets vont opter pour des modes d'intervention tournés vers l'adaptation des individus, pour ne pas déplaire aux directions (Loriol, 2006). La question du « politiquement correct » est ici mise en évidence : ces acteurs externes répondent à une « commande préventive » passées par les décideurs de l'organisation. La volonté de ne pas déplaire à la Direction, afin notamment de décrocher des contrats futurs, peut conduire à ne

pas « froisser » le commanditaire. Nous interrogerons donc l'action de ces consultants, via la réalisation du diagnostic psychosocial, action placée dans un champ d'enjeux préventifs, portant sur l'imputabilité de la responsabilité des RPS.

Notre problématique se posera donc au regard de ces constats :

« En quoi le diagnostic psychosocial réalisé par des consultants externes constitue-t-il un outil « sous influence » ? »

Cette problématique nous permettra de nous questionner sur le caractère subjectif du diagnostic psychosocial (DPS), sur la réalisation effective d'un tel diagnostic, outil de gestion placé au centre de jeux d'acteurs aux intérêts préventifs pouvant être divergents.

Nos hypothèses de recherche seront les suivantes :

Hyp. 1 : La nature et la demande du commanditaire influe le DPS

Hyp. 2 : Le diagnostic psychosocial est influencé par le rapport de force entre les acteurs de la prévention des RPS

Méthodologie de la recherche

Ce travail de recherche visant à comprendre et interpréter les logiques préventives des consultants via la réalisation du DPS, nous adopterons pour positionnement épistémologique le **paradigme interprétativiste**, où « le monde est fait de possibilités », où le chemin de la connaissance scientifique offre un statut privilégié à la compréhension et à l'interprétation de la réalité (Thiétart, 2007).

De plus, nous nous inscrirons dans une **démarche abductive**, pour aider à la production de sens à l'aide de la comparaison : ainsi, la mobilisation au sein de ce travail de recherche d'une **méthodologie qualitative** semble être la plus adéquate.

La compréhension des logiques de l'action préventive semble imposer une collecte de données essentiellement qualitative, via la tenue d'entretiens semi-directifs et l'observation non-participante notamment. Ces modes de collecte doivent permettre de récolter

respectivement des données discursives, reflétant l'univers mental conscient ou inconscient des individus (*ibid.*, 2007), et des données « de terrain ». L'étude exploratoire qualitative doit permettre d'éclairer la spécificité de l'action des consultants dans la réalisation du DPS.

Terrain

La recherche empirique menée a permis, à ce stade, de réaliser quatre entretiens semi-directifs auprès de quatre consultants intervenant dans la prévention des RPS .

Le premier consultant (**#1**) est Docteur en Sociologie et membre d'un cabinet majeur de la scène des RPS au moment de l'entretien, cabinet qu'il a quitté depuis, prétextant que « *dans le domaine des interventions en entreprise, il y a de tout, du plus sérieux au plus farfelu. Quand trop de missions rentrent, on recrute des gens un peu n'importe comment.* »

Le second consultant (**#2**) a une Maîtrise (bac +4) en Psychologie clinique et a débuté une thèse avec Christophe Dejours en psychodynamique du travail. Il a créé en 1996 à Marseille un cabinet de consultants : il « chapeaute » 2 consultants situés à Marseille et 2 autres situés à Lyon.

La troisième consultante (**#3**) est une psychologue clinicienne de formation : au moment de l'entretien, elle était directrice opérationnelle et consultante médiatrice d'un important cabinet de la scène des RPS (concurrent de celui de #1) à Paris

Le quatrième consultant (**#4**) est Docteur en Sociologie et responsable adjoint RPS au sein d'un grand cabinet spécialisé (le même que celui de #1)

Concernant la nature du commanditaire, il est intéressant de relever qu'elle a une réelle importance dans le processus de réalisation du DPS

« Moi, je ne fais plus que des interventions CHSCT... Au moins, c'est carré, on a une vraie indépendance. La demande, elle provient des salariés, des syndicats tandis que la Direction rémunère. (...) C'est un cadre d'intervention particulier, rien à voir avec les autres types de mission. En tant que sociologue, j'ai besoin d'un cadre rigoureux, bien défini, qui ne va pas évoluer en fonction des analyses, des réalités mises à jour. Le « fait du prince », c'est plus pour moi. » (#1)

Ce consultant met en relief l'importance de la nature du commanditaire dans la réalisation du DPS : en effet, l'intervention effectuée à la demande du Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail permet aux préventeurs d'avoir une « vraie indépendance ». Qualifier

les autres cadres de mission, aux commanditaires différents, de « *fait du prince* » souligne l'influence du type de commanditaire sur le DPS, mais met également en évidence l'existence réelle d'une lutte d'intérêt, d'un rapport de force entre commanditaire et préventeur (*Hyp. 2*)

Concernant le type d'outil préventif et/ou d'instrument préventif qui sera mobilisé, le consultant (#2) avance les faits suivants :

« La manière de procéder va forcément dépendre de la nature de la demande, et de celle du commanditaire » « Ce ne sera pas la même chose d'intervenir à la demande de la Direction ou à celle des représentants du personnel. Ça va centrer, ou plutôt polariser, sur des préoccupations différentes. L'objet même : si vous intervenez dans des situations de suspicion, d'harcèlement, dans des cas de conflit, c'est une chose. Vous intervenez pour faire une évaluation de l'exposition aux RPS, les enjeux sont pas les mêmes, les outils méthodologiques ne seront pas les mêmes. Il n'y a pas de manière prédéterminée... »

Ici, l'importance de la nature du commanditaire et de celle de sa demande est mise en parallèle avec l'objet de l'intervention : ces éléments vont « orienter » le DPS vers des « *préoccupations différentes* ». Autrement dit, la relation d'influence entre commanditaire et type de DPS peut également prendre la forme d'une « polarisation différenciée ». Cette vision atténue celle de commanditaire-roi (ou « prince »...) soulignée par (#1)

Concernant l'impact du rapport de force entre le commanditaire et le cabinet de consultants

« En tant que gros cabinet, avec un vrai nom, une vraie histoire sur la scène des RPS, on a le pouvoir de dire “on a de l'expérience, faites nous confiance, ce profil ne vas pas aller, nous refusons d'intervenir de la sorte etc.”. On a acquis une vraie légitimité, par rapport à nos missions antérieures, notamment les missions médiatisées » (#4)

Cet extrait souligne le fait que l'histoire, le vécu d'un cabinet est pris en compte dans les liens tissés entre consultants et commanditaire. Le fait d' « (avoir) *le pouvoir de dire* » met en relief l'existence d'un rapport de force, que cette « *légitimité* » due aux « *missions antérieures* » permet d'asseoir une position, une vision de la situation, une manière d'intervenir.

« On fait appel à nous parfois pour des raisons strictement politiques, internes à l'entreprise : en cas de rapport de force entre la Direction et les syndicats (...) L'expertise CHSCT peut être un moyen de pression entre les acteurs. » « L'une des difficultés majeures

des interventions est le fait d'intégrer les réalités de l'entreprise, toute cette dimension « politique » des situations. Il ne faut pas tomber dans certains pièges tendus autant par la Direction que par les syndicats. L'indépendance... Il faut tout faire pour garder son indépendance. C'est ce qu'on apprend à l'université, vous devez le savoir : garder une distance critique vis à vis de l'objet. » « Par exemple on a le cas où la Direction demande que le questionnaire soit mieux formulé, il y a parfois même une vraie pression pour le modifier »

(#1)

Ce témoignage riche met en relief l'existence de trois types de rapports de force autour du DPS : un rapport de force entre Direction et représentants du personnel d'une entreprise, un rapport de force entre la Direction et le cabinet de consultants, un rapport de force entre les représentants du personnel et le cabinet. Cette « dimension 'politique' » du recours à un consultant externe, le fait de vouloir influencer sur les outils qui seront mobilisés dans le DPS, la volonté pour le cabinet de conserver son indépendance, déjà souligné lors du premier témoignage, sont autant d'éléments permettant de mettre en relief une certaine lutte d'influence, liée à une lutte d'intérêts.

Conclusion

Il semble donc exister une certaine « lutte d'influence » durant la réalisation du DPS.

Phénomène caractérisé par une logique multifactorielle, croisant facteurs d'occurrence à l'infini, les RPS présentent différentes grilles de lecture disciplinaires, permettant d'éclairer différents chemins de causalité. Ces différentes représentations impactent directement l'imputabilité de la responsabilité des RPS, et ainsi le type de réponses préventive. Cependant, plus qu'une simple « lutte de disciplines » abordant un phénomène de manière différenciée, cette hétérogénéité représentative doit être placée un jeu d'acteurs plus large, où l'enjeu préventif porte sur « qui sera désigné responsable des RPS ».

Ainsi, la réalisation du DPS, et plus largement le déroulement de la prévention des RPS, semble être « sous influence », notamment via le commanditaire de l'intervention préventive et les rapports de force existant entre les différents acteurs de la prévention.

Il conviendra notamment de mener beaucoup plus d'entretiens de type semi-directifs auprès de consultants en RPS, mais également d'autres acteurs de la prévention des, notamment certains acteurs institutionnels encadrant ce champ (INRS, ARACT, CARSAT, DIRECCTE). L'observation non participative et une analyse documentaire plus poussée devront permettre de saisir plus en détail la « réalisation subjective » du DPS.

Bibliographie

ABORD DE CHATILLON E. (2004), « Management de la santé et de la sécurité au travail : un problème de mesure ? », *Actes du 15^{ème} congrès de l'AGRH*, Montréal, pp. 2543-2565

CARTWRIGHT S., COOPER C.L., MURPHY L.R. (1996), « Diagnosing a healthy organization : A proactive approach to stress in the workplace » in Murphy L.R., Hurrell J.J., Sauter S.L. and G. (Eds.), *Job stress interventions*, Washington (D.C) : American Psychological Association, pp. 217-234

COOPER C. L. (2001), *Theories of organizational stress*, Oxford University Press, 2001

DAVEZIES P. (2007), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n°1, 2007, pp. 4-7

DEJOURS C. (1980), *Travail et usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Le Centurion, Collection « Médecine humaine », 1980, pp. 35-36, 53-62

HUEZ D. (2008), *Souffrir au travail : comprendre pour agir*, Éditions Privé, 2008

IVANCEVICH J.M., MATTESON M.T., FREEDMAN S.M., PHILLIPS J.S. (1990), « Worksite stress management interventions », *American Psychologist*, 45, pp. 252-261

LORIOU M. (2006), *Sociologie du monde du travail*, Quadrige Manuels, (pp.227-244),Éditions PUF, 2006

LORIOU M. (2009), « Les contraintes psychosociales au travail : un regard sociologique », in LEROUGE L. et al. (2009), *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Collection L'Harmattan, 2009

MURPHY L. R. (1988), « Workplace interventions for stress reduction and prevention ». In C.L. COOPER AND R. PAYNE (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York : John Wiley & Son Ltd, pp. 301-342

NEBOIT M., VEZINA M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions, 2002

SELYE H. (1976), *The stress of life*, New York : McGraw-Hill, 1956

THIETART R. A. (2007), *Méthodes de recherche en management*, Éditions Dunod, 3^{ème} édition

VAN DER HEK H., PLOMP H.N. (1997), « Occupational stress management programmes : a practical overview of published effect studies », *Occupational Medicine*, 47 (3), pp. 133-141

VEZINA 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*, 2006/3, 163, p. 32-38

