



**HAL**  
open science

## Comment conduire un projet de prévention primaire des RPS ? Les enseignements d'un projet déployé dans une pharmacie à usage intérieur d'un hôpital public

Christophe Baret, Sandra Durand

### ► To cite this version:

Christophe Baret, Sandra Durand. Comment conduire un projet de prévention primaire des RPS ? Les enseignements d'un projet déployé dans une pharmacie à usage intérieur d'un hôpital public. @GRH, 2022, 1 (42), pp.59-81. 10.3917/grh.042.0003 . halshs-03213178

**HAL Id: halshs-03213178**

**<https://shs.hal.science/halshs-03213178>**

Submitted on 3 Apr 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

- (2022) Durand S., Baret C. « Comment conduire un projet de prévention primaire des RPS ? Les enseignements d'un projet déployé dans une pharmacie à usage intérieur d'un hôpital public », @GRH, (FNEGE 3), n°42, 2022-1.

### **Sandra Durand**

ARACT Provence-Alpes-Côtes d'Azur

### **Christophe Baret**

Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, LEST-CNRS,  
Aix-Marseille Université, Aix-en-Provence, France

**Résumé :** Compte tenu de la forte exposition des personnels aux facteurs de RPS, les hôpitaux sont encouragés à déployer des projets de prévention. Cependant, les démarches entreprises sont jugées insatisfaisantes compte tenu du fait qu'elles s'inscrivent dans des approches individuelles et non organisationnelles. Elles relèvent essentiellement des niveaux secondaires (formation des individus pour les aider à faire face aux risques) et tertiaires (soutien médical ou psychologique des personnes victimes d'un risque) et non du niveau primaire (identification et traitement des facteurs organisationnels générateurs de risques). Ce dernier est considéré comme étant le plus efficace mais également le plus complexe à décliner car il suppose de remettre en cause l'organisation du travail. Face à cette problématique, la littérature déborde de listes de bonnes pratiques s'inscrivant dans le niveau primaire de prévention mais elle reste relativement muette sur les modalités concrètes qui permettent de les décliner opérationnellement. C'est dans l'objectif de produire des connaissances sur le « comment faire » que nous avons analysé le déploiement d'un projet de prévention des RPS conduit au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un centre hospitalier public en France. En adoptant une démarche de recherche-intervention, nous avons analysé les 15 actions de prévention proposées par le groupe de travail ainsi que les mesures d'accompagnement adoptées par l'intervenant pour permettre au groupe de prendre du recul et engager une analyse approfondie du travail.

**Mots-clés :** prévention, risques psychosociaux, recherche-intervention, hôpital

**Abstract :** Given the high exposure of personnel to psychosocial risks (PSR) factors, hospitals are encouraged to deploy prevention projects. However, the steps taken are considered unsatisfactory given that they are part of individual and non-organizational approaches. They are mainly at the secondary (training of individuals to help them cope with the risks) and tertiary (medical or psychological support for people who are at risk) levels and not at the primary level (identification and treatment of organizational factors generating risks). The latter is considered to be the most effective but also the most complex to decline because it involves calling into question the organization of work. Faced with this problem, the literature overflows with lists of good practices falling within the primary level of prevention, but it remains relatively silent on the concrete methods which make it possible to enforce them operationally. It is with the aim of producing knowledge on the "how to" that we analyzed the deployment of a project for prevention of PSR carried out in a pharmacy for interior use of a public hospital in France. By adopting a research-intervention approach, we analyzed the 15 preventive actions proposed by

the expression group as well as the support measures adopted by the intervenor to allow the group to take a step back and undertake an in-depth analysis of the work organization.

**Key words:** prevention, psychosocial risks, intervention-research, hospital

Les risques psychosociaux sont définis comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Gollac et Bodier, 2011, p. 31). Phénomène d'ampleur dans tous les secteurs d'activité et notamment dans le secteur hospitalier public (ONVS, 2014), de nombreux acteurs (pouvoirs publics, scientifiques, chercheurs) s'attèlent pour favoriser le déploiement de pistes préventives efficaces. Malgré les efforts entrepris, les actions mises en œuvre sont jugées insatisfaisantes (Abord de Chatillon et al., 2016). Trois niveaux de prévention sont classiquement distingués dans la littérature (Montreuil, 2020 ; Chakor, 2013) : le niveau tertiaire (soutien médical ou psychologique individuel des personnes victimes d'un risque) ; le niveau secondaire (formation des individus pour les aider à faire face aux risques) ; le niveau primaire (identification et traitement des facteurs organisationnels générateurs de risques). Ce dernier niveau est perçu le plus efficace en matière de prévention compte tenu du fait qu'il s'attache aux facteurs de risque et pas seulement à leurs manifestations et à leurs conséquences (Lefèbvre et Poirot, 2011). Mais il est également considéré comme étant le plus complexe à décliner opérationnellement car il suppose de remettre en cause les modes de fonctionnement des organisations. Dans le cas spécifique de l'hôpital, les travaux mettent en évidence que la prévention primaire repose principalement sur la mise en place de mesures collectives qui prennent la forme de groupes d'expression (Abord de Chatillon et al., 2016). Mais selon Chakor (2020) ces groupes s'essouffent dans le temps en tendant à devenir des lieux de communication descendante de la direction ou alors les participants peinent à sortir de l'expression de plaintes et à aborder une véritable analyse des dysfonctionnements du travail (Fretigny et Cordoba, 2015). Alors que les chercheurs ont principalement porté leur regard sur les difficultés de fonctionnement des groupes d'expression, nous avons porté notre attention sur le contenu des discussions et sur les actions de prévention proposées. Dans une première partie nous exposons le contexte d'émergence des RPS et leurs facteurs dans le monde professionnel et plus spécifiquement dans le secteur hospitalier public. Nous insistons également sur les différentes modalités de prévention identifiées dans la littérature. Dans une deuxième partie nous décrivons le contexte de l'étude menée dans une pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un centre hospitalier public, et précisons la méthodologie de notre recherche-intervention réalisée entre 2013 et 2016. Dans un troisième temps nous présentons l'analyse du projet de prévention des RPS. Enfin, dans la discussion, nous mettons en évidence les principaux enseignements concernant, d'une part, les caractéristiques des actions de prévention mises en œuvre et d'autre part, les mesures d'accompagnement adoptées pour permettre la prise de recul collective sur l'organisation du travail.

## **1. LA PREVENTION PRIMAIRE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX A L'HOPITAL : ENTRE NECESSITE ET DEFI**

Nous mettons en évidence que les risques psychosociaux constituent aujourd'hui un enjeu de taille pour les organisations, en particulier pour les structures hospitalières publiques. S'en suit un bilan des actions de prévention réalisées à l'hôpital, relatées par la littérature.

### **1.1 La nécessaire prévention des RPS confrontée au difficile passage à l'action**

Les enquêtes sur les conditions de travail depuis les années 1980 soulignent que les troubles physiques sont désormais associés à des troubles psychologiques, résultats de l'intensification et de la complexification du travail (Gollac & Volkoff, 1996 ; 2006 ; Volkoff, 2008). De nouveaux types de risques ont émergé, regroupés sous le vocable de « risques psychosociaux ». Lerouge caractérise ces risques comme ceux « *associés aux phénomènes de transformation du travail, liés à l'intensification, à la précarisation, aux nouvelles organisations d'entreprises et à l'introduction de nouvelles technologies* » (2009, p.9). Cette définition pointe clairement le lien entre les conditions de travail et les manifestations possibles sur la santé. Le Collège d'expertise sur le suivi des RPS a ainsi produit en 2011 un rapport qui identifie et regroupe en six catégories les facteurs organisationnels de risques psychosociaux susceptibles de générer des troubles : les exigences du travail, l'autonomie et la marge de manoeuvre, les conflits de valeurs, les relations de travail et le management, la charge émotionnelle, l'insécurité de la situation de travail (Gollac & Bodier, 2011).

Trois niveaux de prévention des risques psychosociaux sont couramment distingués. Le niveau de prévention tertiaire (par exemple, ouverture d'un « numéro vert », mise en place d'un accompagnement psychologique) vise à apporter un soutien médical et/ou psychologique à des individus présentant des troubles psychosociaux et à éviter leur aggravation. Le niveau secondaire (par exemple, formations à la gestion du stress ou coaching individuel) vise à outiller les individus pour les aider à mieux faire face à des situations identifiées comme génératrices de troubles psychosociaux, en renforçant leurs défenses individuelles, en les aidant à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation face aux facteurs de RPS afin qu'ils s'en préservent. Le niveau de prévention primaire regroupe des actions au caractère réellement préventif. Il vise à identifier les facteurs organisationnels de RPS potentiellement dangereux pour les individus et à agir sur les causes plutôt que sur les conséquences. Les actions de ce niveau de prévention s'organisent classiquement autour de quatre axes de travail (Lefebvre & Poirot, 2011) : les actions sur l'organisation du travail (audit de la charge de travail, aménagement des espaces de travail, gestion des horaires...), les actions sur les collectifs de travail et le management (recréer des temps d'échanges entre les acteurs amenés à travailler ensemble et entre les acteurs opérationnels et l'encadrement...), les actions sur la gestion des ressources humaines (construction de politiques de mobilité interne, établissement d'un dispositif de reconnaissance monétaire, développement des dispositifs d'évaluation cohérents, intégration des nouveaux arrivants...) et les actions sur la conduite du changement (mettre en place des groupes de travail, recueillir l'avis des travailleurs concernés, informer sur les raisons du changement, les objectifs, les grandes étapes et les effets attendus...).

La littérature déborde ainsi de « listes de bonnes pratiques » pour prévenir les risques psychosociaux mais force est de constater que les améliorations en la matière ne sont pas au rendez-vous. Ce constat est d'autant plus alarmant que les chiffres sont préoccupants et que la France semble actuellement être dans une « impasse » en matière de prévention. Comme le soulignait déjà Légeron, « *il y a aujourd'hui en France un énorme paradoxe, c'est que l'on parle énormément de ces thèmes, mais avec somme toute peu de résultats !* » (in Bellego & al., 2012, p.12). Les écrits relatifs aux risques psychosociaux rendent ainsi compte d'une insatisfaction quant aux approches préventives déployées dans les organisations. Les actions pathogéniques, individuelles, ponctuelles, correctrices et curatives (niveaux tertiaires et secondaires) sont les voies « préventives » privilégiées par les organisations. Sont ainsi dénoncées la profusion de diagnostics, d'études et d'outils et l'insuffisance d'approches salutogéniques et préventives inscrites dans la durée et débouchant sur le déploiement d'axes préventifs du niveau primaire. Comment pouvons-nous l'expliquer ? La littérature avance des explications et met en évidence que les risques psychosociaux, parce qu'ils peuvent être construits et utilisés selon deux approches (individuelles *versus* organisationnelles) sont

propices au développement de stratégies d'acteurs mises en concurrence par des représentations, intérêts et visions divergents (Chakor, 2020 ; Gollac, 2012). De ce clivage naît la difficulté de construire des démarches concertées et préventives dans la durée qui articulent les approches individuelles et collectives (Neveu, 2012). Ils soulignent également que le manque de réflexion sur les modalités concrètes de déploiement des actions de prévention du niveau primaire met les acteurs de terrain en difficulté pour appliquer les bonnes pratiques préconisées. Comme le constate Lerouge (2009), c'est sur le « comment faire » pour prévenir ces risques que les organisations paraissent en difficulté et que beaucoup d'interrogations persistent (Ibid, 2009). Comme nous l'avons souligné, les chantiers pertinents en matière de prévention (niveau primaire) nécessitent d'inscrire des actions dans la durée et de les élaborer de manière concertée. Nous proposons d'aller plus loin dans la mise en évidence du contenu et des actions proposées dans le cadre de projets de prévention primaire en tirant les enseignements d'un projet conduit dans la PUI d'un hôpital public. Le secteur de la santé nous paraît effectivement pertinent compte tenu de son exposition particulièrement élevée aux RPS.

## **1.2 Un premier bilan des actions de prévention conduites en milieu hospitalier**

La part croissante des dépenses de santé dans le PIB français, suite aux effets du ralentissement de la croissance, du vieillissement de la population et des innovations technologiques (Belorgey, 2010) dans les années 1970, ont amené les gouvernements à se pencher sur le mode de fonctionnement des structures hospitalières ainsi que sur leur gestion budgétaire. Le constat fut sans appel : le « *manque de performance* » et les « *dysfonctionnements spectaculaires* » (Sainsaulieu, 2007, p.20) des hôpitaux publics français sont mis à jour et marquent ainsi le point de départ des réformes qui s'abattent sur le secteur depuis deux décennies. Les lois de 1996 (Agences Régionales d'Hospitalisation), de 2002 (droit des malades et des usagers du système de santé), de 2005 (nouvelle gouvernance hospitalière), de 2007 (Tarification à l'activité), de 2009 (Loi Hôpital Patients santé et territoires avec la création des Agences Régionales de Santé) et de 2016 (Groupement Hospitalier de Territoire) ont fait peser de nouvelles contraintes réglementaires et économiques sur les établissements de santé, les conduisant à revoir en permanence leur mode de fonctionnement interne et à remettre en cause leurs organisations et leurs méthodes de travail. Les objectifs d'efficience, de performance et de gestion rationnelle des moyens qui leur sont assignés conduisent à l'introduction de nouveaux outils et méthodes de management empruntés au Nouveau Management Public, venant modifier leur logique de gestion (Bernon & al., 2013). Logiques financières et logiques de qualité de la prise en charge apparaissent souvent comme contradictoires et engendrent des tensions entre personnels soignant et personnels de direction comme en attestent les travaux sur l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital (Dos Santos et Mousli, 2016 ; Valette et al., 2015). Intensification du travail, ambiguïtés de rôle, perte de sens sont régulièrement dénoncés par des mouvements sociaux successifs qui sont autant de symptômes de l'émergence de troubles psychosociaux. Les enquêtes sur les conditions de travail font apparaître les agents hospitaliers comme l'une des populations les plus exposées aux facteurs de RPS (DRESS 2004 ; ONVS, 2014 ; Desailly-Chanson et Siahmed, 2016). C'est d'ailleurs un des objectifs de la loi « Ma santé 2022 » que de proposer des actions visant à corriger les effets délétères de la course à la productivité sur les conditions de travail des médecins et des soignants. L'objectif est de ramener à 50% la part du financement à l'activité via un renforcement des financements à la qualité et aux séquences de soin et en modernisant le pilotage de l'hôpital et son management. Il s'agit notamment de renforcer l'accompagnement des professionnels de santé en situation de management.

Dès 2013, sous l'impulsion de l'accord cadre de la fonction publique pour l'élaboration d'un plan de prévention des RPS et de l'introduction de nouveaux critères d'accréditation des établissements par la Haute Autorité de Santé en 2014<sup>1</sup> certains établissements ont lancé des actions de prévention. Les recherches réalisées concluent à un bilan assez mitigé de ces actions. Rossano (2019) remarque que le point d'entrée dans la prévention est souvent la quête d'une réduction de l'absentéisme ce qui conduit à privilégier la prévention tertiaire avec la mise à disposition de divers accompagnements des personnes en difficultés. Quand elles existent, les mesures collectives prennent le plus souvent la forme de groupes d'expression. Ces groupes viennent remplacer les lieux traditionnels d'expression progressivement supprimés sous la pression à la productivité (Abord de Chatillon et al., 2016). Si les auteurs saluent la constitution de ces groupes d'expression, ils sont unanimes pour en souligner les limites : les participants ont des visions différentes des causes des RPS et des modalités de prévention, le temps manque pour faire des réunions et apprendre à travailler de manière collective, il est difficile pour les agents de parler en public de leur travail, le groupe a tendance à rester focaliser sur l'expression de la plainte et peine à prendre du recul et à imaginer des alternatives à l'organisation du travail (Fréteigny et Cordoba, 2015). Ces travaux de recherche sont restés focalisés sur les modalités de fonctionnement des groupes d'expression et ne donnent que peu d'éclairage sur le contenu des discussions concernant l'organisation du travail, ni sur les actions proposées.

Nous proposons ici de nous intéresser d'une part aux conditions qui conduisent un groupe d'expression à prendre du recul sur la réalisation du travail et d'autre part aux types d'actions proposées sur l'organisation du travail pour réduire les risques.

## **2. UNE RECHERCHE INTERVENTION AU SEIN DU SERVICE « PHARMACIE A USAGE INTERIEUR » D'UN CENTRE HOSPITALIER PUBLIC**

Nous présentons le contexte et le terrain de recherche, le rôle du chercheur ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données.

### **2.1 Le contexte de la recherche**

Le Centre Hospitalier s'est inscrit dans un projet triennal (2013-2016) pour la prévention des RPS pilotée par l'Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier (ANFH) auquel 47 établissements des régions Provence Alpes Côte d'Azur et Languedoc Roussillon ont participé (Durand, 2017). Compte tenu du fait que l'ANFH était désireuse d'intégrer un volet recherche au projet afin de capitaliser et valoriser les enseignements produits sur les méthodes de prévention des RPS, nous avons été présents au sein de l'établissement dès le lancement du projet. Ce dernier s'est structuré autour de 3 phases : - 1) établissement d'un diagnostic suite à l'administration et à l'analyse des résultats d'un questionnaire de « baromètre social »<sup>2</sup> auprès de l'ensemble du personnel - 2) définition d'un plan d'actions - 3) mise en œuvre et suivi du plan d'actions. Les porteurs du projet ont décidé de déployer, en parallèle du projet global qui concerne l'ensemble de l'établissement, une démarche locale de prévention au sein d'un service pilote. Le service « Pharmacie à Usage Intérieur », dont les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous (tableau 1), s'est porté volontaire et s'est engagé dans le projet en janvier 2014.

---

<sup>1</sup> L'accréditation exige de rendre compte des pratiques d'amélioration de la qualité de vie au travail.

<sup>2</sup> Questionnaire élaboré et administré par l'ANFH auprès de la totalité des personnels des établissements publics de santé des régions PACA et Languedoc Roussillon. Le questionnaire interroge sur le stress, l'état émotionnel, l'exposition aux facteurs de RPS, la satisfaction, les conditions de travail, les relations avec les patients, etc.

**Tableau 1 : Présentation générale du service PUI**

<b>Nombre d'agents</b>	33 agents	
<b>Organisation générale</b>	La PUI s'organise autour de deux activités principales : la stérilisation et la pharmacie. La pharmacie est composée de 5 secteurs : la rétrocession, la dispensation de médicaments, les dispositifs médicaux, les stupéfiants, l'unité de reconstitution des chimiothérapies.	
<b>Catégories socio-professionnelles</b>	<b>Stérilisation (11 agents)</b>	<b>Pharmacie (16 agents)</b>
	1 Praticien hospitalier <sup>3</sup> (PH), 4 Préparateurs en Pharmacie (PPH), 5 Aides soignantes (AS), 1 Agent des Services Hospitaliers (ASH), 1 Infirmière de bloc opératoire (IBODE)	4 PH, 12 PPH (12)
	1 Cadre de santé, 2 Magasiniers, 3 Secrétaires administratives.	
<b>Encadrement</b>	Le chef de service et le cadre de santé ont des missions transverses à la stérilisation et à la pharmacie. La stérilisation et chaque secteur de la pharmacie disposent d'un PH référent.	

En effet, suite à la prise de connaissance des résultats du baromètre social du pôle Génie médical (jugés « *alarmants* » par le chef de service de la PUI) et conscients des difficultés rencontrées dans le service, le cadre de pôle, le chef et le cadre de service se sont rapprochés du psychologue du travail avec lequel ils avaient l'habitude de travailler pour bénéficier d'un accompagnement. Les étapes de mise en œuvre de la démarche ont été définies avec ces trois acteurs lors d'une réunion préparatoire :

- conduire une réunion de lancement auprès de l'ensemble des agents du service pour restituer les résultats du baromètre social propres au Pôle Génie Médical et présenter le projet,
- constituer un groupe de travail pluridisciplinaire (composé d'une dizaine d'agents) chargé d'effectuer un diagnostic des facteurs de RPS spécifiques au service,
- définir et mettre en œuvre des actions de prévention.

Le psychologue du travail et nous-mêmes avons ainsi eu pour rôle d'aider et de suivre la mise en œuvre de la démarche. Nous allons maintenant présenter le dispositif méthodologique sur lequel l'étude s'est appuyée.

## 2.2 Méthodologie de la recherche-intervention

Nous nous sommes inscrits dans une démarche de recherche-intervention (Hatchuel, 2000) et avons exercé une action délibérée de transformation de la réalité en accompagnant la mise en œuvre du projet. La démarche a fait l'objet d'une étude de cas, mode d'investigation caractérisé par « *un processus long gouverné par l'étude empirique* » (Gombault, 2005, p.36). La majorité des données collectées sont issues d'observations *in situ*, qui consistent à observer le phénomène dans son contexte naturel (Journé, 2012, p.166). Nous avons été présents lors de chaque réunion en lien avec le projet. Au total, nous avons participé à 23 réunions et réalisé 78 heures d'observations participantes. En effet, nous avons accompagné la mise en œuvre de la démarche, en endossant un rôle de « *participant observateur* » (Ibid, p.244) : participation à la préparation et à l'animation des réunions, rédaction des comptes rendus, formulation de conseils

<sup>3</sup> Les Praticiens Hospitaliers dans les services de Pharmacie/Stérilisation sont des Pharmaciens.

méthodologiques. Nous avons également réalisé des observations en situation de travail au sein du secteur de la stérilisation, de la dispensation de médicaments et de l'unité de reconstitution des chimiothérapies (10h d'observation réparties sur trois matinées). Nous avons tenu un journal de bord pour y retranscrire nos observations flottantes, issues du partage de moments informels. Nous avons conduit 10 entretiens individuels semi-directifs avant notre départ du service. Ces entretiens bilans avaient pour objectifs de revenir sur le déroulement de la démarche avec des acteurs impliqués dans le projet. Enfin, nous nous sommes appuyés sur l'analyse de données secondaires (courriers électroniques, compte rendus...). Nous avons opté pour une analyse de contenu thématique : nous avons découpé le contenu de nos données collectées en unités d'analyse (groupe de mots, phrases...) et les avons codées et classées au sein de « catégories de sens » (Bardin, 2007). Nous allons maintenant présenter les résultats de notre étude.

### **3. UNE ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE ACTION DE PREVENTION DES RPS DU NIVEAU PRIMAIRE**

La phase d'établissement du diagnostic spécifique à la PUI et d'élaboration du plan d'actions s'est étendue du mois d'avril 2014 au mois de juin 2015. Le groupe de travail<sup>4</sup> « Prévention des RPS » s'est réuni à 4 reprises et les séances de réflexion collectives ont permis la construction d'un plan de prévention (tableau 2), dont la mise en œuvre a débuté dans le courant de l'été 2015. Ce plan comporte 3 catégories d'actions : - amélioration de l'organisation interne à la stérilisation (révision des fiches de fonction, nomination de référents communication, etc.), - amélioration des relations entre encadrants et agents (organisation de réunions, mise en place d'un cahier des transmissions, etc.), - amélioration des relations interservices (organisation de visite des services, réalisation d'un film de présentation de la PUI, etc.).

Le bilan que nous avons dressé avant notre départ en mai 2016 était le suivant : 12 actions sur 15 étaient déployées ou en cours de déploiement. Pour mettre en évidence les éléments qui ont freiné ou favorisé leur mise en œuvre, nous proposons d'analyser plus en détail l'action « *Echanger autour des fiches de fonction et de l'organisation du travail à la stérilisation* ». En effet, il s'agit d'un axe relevant du niveau primaire de prévention (action collective visant la refonte de l'organisation du travail et des horaires d'ouverture du service) dont la mise en œuvre a abouti, malgré les obstacles internes auxquels elle s'est confrontée. Dans un premier temps nous avons identifié les tensions entre acteurs (§3.1), ensuite nous avons mis en évidence les jeux d'acteurs qui sous-tendent ces tensions (§3.2), enfin nous présentons les actions déployées pour surmonter ces tensions et favoriser la prise de recul sur l'organisation du travail (§3.3).

#### **3.1 La stérilisation : un secteur caractérisé par de nombreuses tensions entre les acteurs**

Les observations en situation de travail ainsi que celles conduites lors de la phase de diagnostic et d'élaboration du plan d'actions nous ont permis de repérer plusieurs sources de tensions entre les professionnels exerçant au sein de la stérilisation.

---

<sup>4</sup> Composé d'agents de la **stérilisation** : (1) Infirmière de bloc opératoire (Ibode) – (1) Préparateur en pharmacie hospitalière (PPH) – (1) Aide Soignant (AS) – (1) Agent de Service Hospitalier (ASH) ; de la **pharmacie** : (2) PPH – (1) secrétaire administrative - (1) magasinier - (1) cadre de pôle, le pharmacien chef de service, la cadre de service, (1) Pharmacien Hospitalier du service, le psychologue du travail et nous-mêmes



Premièrement, ce secteur se caractérisait par de nombreux glissements de tâches entre les quatre catégories socio-professionnelles y travaillant (AS, ASH, PPH, IBODE). En effet, le fonctionnement en vase clos de ce secteur (les consignes d'hygiène strictes impliquent que les agents exercent leur activité dans un « sas » stérile), sans la présence physique du cadre et du pharmacien référent (ces derniers possèdent un bureau dans l'aile de la pharmacie) a engendré que l'équipe se soit auto-réglée et auto-formée aux différentes tâches. Les identités professionnelles des acteurs étaient ainsi « masquées » par une organisation du travail au sein de laquelle la quasi-totalité des tâches était réalisée par tous les acteurs. Ce fonctionnement, qui semblait convenir en apparence, dissimulait en fait une attente de reconnaissance des spécificités des métiers, notamment du côté des PPH et de l'IBODE. Le pharmacien référent avait tenté à plusieurs reprises de conduire des changements visant à revoir l'organisation du travail et à recentrer les catégories sur leur métier mais aucune n'avait abouti : les agents n'adhéraient pas aux modifications et l'absence d'un encadrant dans le processus de travail ne permettait pas leur application. Par exemple, le pharmacien référent avait souhaité extraire les préparateurs en pharmacie du processus « technique » sur des plages horaires définies pour les affecter à des missions qualité (missions figurant sur leur fiche de poste). Cependant ces derniers étaient culpabilisés par le reste de l'équipe lorsqu'ils « sortaient » du processus ; il leur était reproché de faire prendre du retard et d'altérer le bon fonctionnement du service. Ainsi, la pression du groupe encourageait les PPH à se « fondre » dans la masse en négligeant les missions qui les différenciaient des autres catégories pour ne pas créer de tensions.

Deuxièmement, l'anticipation de l'augmentation de l'activité du bloc opératoire, suite à l'arrivée de nouveaux chirurgiens, avait justifié l'affectation de deux agents supplémentaires dans le secteur et l'ouverture du service jusqu'à 20h (initialement ouvert jusqu'à 18h). Ce changement d'horaires ne s'est appliqué qu'aux catégories d'AS et d'ASH et non à l'IBODE et aux PPH. Le PH a souhaité par ce biais valoriser la spécificité des PPH et de l'IBODE par rapport aux autres catégories socioprofessionnelles. Cette décision ferme et univoque du changement d'horaires par le PH, venant différencier les catégories socio-professionnelles entre elles, s'est avérée être l'élément déclencheur de nombreuses tensions entre les agents : elle a suscité de vives réactions de désapprobation compte tenu du fait que la différenciation n'était pas perçue comme justifiée dans le contenu du travail par les AS et les ASH.

Le diagnostic partagé entre les agents et les responsables du groupe de travail « Prévention des RPS » a permis l'expression du mal être et l'inscription de l'action « *Echanger autour des fiches de fonction et de l'organisation du travail à la stérilisation* » dans le plan de prévention. L'objectif était de remettre à plat l'organisation du travail, de répartir les tâches entre les catégories socioprofessionnelles dans le respect des métiers et de les positionner sur un planning horaire.

### **3.2 Une mise en œuvre compromise par des jeux d'acteurs**

La mise en œuvre de cet axe a débuté par l'organisation d'une réunion rassemblant la totalité des agents du service de la stérilisation, qui ont accueilli favorablement le lancement de l'action : les agents qui n'étaient pas présents dans le groupe de travail « Prévention des RPS » acquiesçaient l'importance de la conduire pour réduire les tensions existantes. Nous leur avons demandé leur avis sur le projet et convenu d'une méthodologie pour la démarche. Il a été décidé de constituer un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'un représentant volontaire de chaque catégorie socioprofessionnelle. La composition du groupe figure dans l'encadré ci-dessous (encadré 1).

### **Encadré 1 : Composition du groupe de travail de la stérilisation**

PH chef de service  
Cadre du service  
Cadre de pôle  
IBODE  
1 PH  
1 AS  
1ASH

*Préparé et animé par le chef et le cadre de service, le psychologue du travail et nous-mêmes*

Le groupe de travail s'est réuni à 5 reprises entre les mois de décembre 2015 et de février 2016. Les réunions ont duré en moyenne entre deux et trois heures et nous avons noté la présence soutenue des acteurs du groupe de travail à l'ensemble des séances. Nous avons cru au bon déroulement des séances de travail avec le groupe. En effet, des « débats » semblaient avoir lieu : par exemple l'AS avait demandé à ce que les deux catégories d'AS et d'ASH soient nommées distinctivement et non confondues sous l'appellation « agents de stérilisation » - les acteurs avaient validé le retrait des PPH du processus sur des plages horaires de la journée afin qu'ils se consacrent à des missions qualité - l'importance de la présence permanente d'un encadrant dans le secteur avait été mentionnée par les agents pour réguler le travail et s'assurer de la bonne répartition des tâches.

Ces éléments, associés à l'absence d'opposition ou de remise en question lors des restitutions des comptes rendus dans le service<sup>5</sup> nous ont fait naïvement penser que l'organisation du travail proposée était acceptée par les acteurs. Il s'avère que la véritable controverse s'exprimait en dehors des espaces prévus à cet effet et que l'approbation des acteurs dissimulait des tensions. Nous nous en sommes rendu compte au cours d'une observation conduite lors de moments informels.

Nous avons précédemment indiqué que les catégories (AS, ASH, PPH, IBODE) étaient chacune représentées dans le groupe par un seul agent. Ce rôle de porte-parole s'est avéré être délicat à porter ; les enjeux discutés ont été à l'origine d'une pression à l'intérieur et à l'extérieur du groupe de travail. A l'intérieur du groupe, les membres ne donnaient pas leur avis sur les éléments amenés par les responsables malgré des désaccords entre catégories sur les organisations du travail proposées. Chaque porte-parole craignait de se retrouver seul face à des réactions négatives de la part des autres représentants et d'accentuer les tensions à l'extérieur du groupe de travail. Ceci a eu pour effet que les propositions formulées par les responsables accueillaient un acquiescement, en apparence, de la part des membres d'un groupe de travail « désuni ». Seuls des éléments faisant relativement consensus ou n'étant pas susceptibles de déclencher de grosses tensions étaient discutés ; ainsi le sujet de la fermeture à 20h appliquée uniquement aux AS et aux ASH était régulièrement abordé, scindant le groupe entre les agents et le pharmacien référent. Il était pointé comme l'élément à l'origine du conflit important entre les catégories et il justifiait l'absence de recherche de solutions conjointes sur les autres sujets délicats (répartition des tâches, besoin de reconnaissance des spécificités...). A l'extérieur du groupe, les porte-paroles appréhendaient leur retour dans le service, craignant d'être associés à des décisions désapprouvées par leurs pairs ou par les autres catégories. Ainsi, la tenue de ces réunions a installé un climat de méfiance entre les catégories et envers les responsables. Le projet a accentué « l'effet clans » au sein du secteur. En effet, chaque catégorie se réunissait avant et après les réunions pour préparer ou débriefer les séances de travail. La crainte de « mettre le feu aux poudres » entre eux et le refus d'être associés aux décisions concernant la réorganisation ont impliqué que la controverse ne s'exprimait ni en réunion ni lors des séances

<sup>5</sup> Les comptes rendus étaient systématiquement présentés oralement par le cadre à l'ensemble des agents du secteur stérilisation entre deux réunions de travail

de restitution des comptes rendus par le cadre. En effet, bien que l'ambiance soit extrêmement tendue dans le secteur jusqu'à la présentation orale du compte rendu par le cadre, les moments de restitution étaient simplement l'occasion de donner un élément d'insatisfaction commun aux agents : l'organisation « imposée » par les responsables ne convenait pas.

### **3.3 Agir pour dépasser les freins et favoriser la prise de recul collective sur l'organisation du travail**

Les participations aux réunions, les entretiens et les observations, ont été autant de situations de fortes interactions avec les acteurs qui ont permis au chercheur de jouer le rôle de « facilitateur » au sens de Margulies et Raia (1978). Nous sommes parvenus à interagir avec les responsables du service. Dès le lancement de la démarche, nous avons compris que le chef et le cadre de service appréhendaient de perdre le contrôle sur les décisions prises compte tenu du caractère participatif du projet. Nous avons noté que ces craintes s'étaient traduites dans le passé par l'adoption de mesures univoques, à l'origine de nombreuses tensions. Nous savions également que les agents attendaient de cette démarche qu'elle revête un caractère réellement participatif, auquel cas les relations se cristalliseraient davantage. Ainsi, nous avons systématiquement préparé les réunions de travail avec le chef et le cadre de service afin de convenir des modalités d'animation, fixer les marges de négociation possibles et préparer leur argumentaire. Ceci a permis de réduire leurs incertitudes du fait de la délimitation claire du périmètre de leur « zone de pouvoir » d'un côté (les décisions sur lesquelles ils gardaient la main) et les domaines ouverts à la participation de l'autre (les domaines sur lesquels ils souhaitaient ouvrir la discussion et prendre en compte l'avis des acteurs). Ces réunions préparatoires les ont également aidés à mieux vivre leur solitude face aux membres du groupe de travail.

Nous avons ainsi été en capacité de faire le lien entre les agents et les responsables dans l'objectif de débloquer la situation. Nous avons communiqué au PH chef de service les éléments recueillis des échanges informels : la fermeture du service à 18h permettrait d'ouvrir la recherche de solutions conjointes avec les différentes catégories. Nous avons également échangé sur le rôle difficile de porte-parole et avons proposé au chef de service d'inviter tous les agents du secteur à la réunion suivante.

Ces éléments, combinés à la faible activité du bloc chirurgical après 18h, ont convaincu le PH chef de service de revenir sur sa décision et d'envisager de revenir à la fermeture du service à 18h. Le changement d'horaires a été communiqué lors d'une réunion rassemblant l'ensemble des agents du secteur. Cet élément a considérablement changé le positionnement des acteurs, décidés à collaborer pour revoir l'organisation du travail. En effet ce changement, répondant aux intérêts de chacune des catégories professionnelles, les a encouragés à passer d'une position réfractaire à une volonté de coopérer pour que cette nouvelle organisation fonctionne. L'organisation du travail a ainsi pu être discutée lors de trois réunions rassemblant l'ensemble des agents du secteur. Conscients des tensions sous-jacentes entre les catégories professionnelles, nous avons pris des précautions afin d'éviter les tentations d'accusation et de responsabilisation des acteurs. Pour cela nous avons endossé un rôle « technique » au sens de Margulies et Raia (1978) pour relier tous les dysfonctionnements à des causes organisationnelles. Nous nous sommes appliqués à introduire nous-mêmes les éléments de diagnostic et les pistes de réflexions, produites lors des réunions précédentes, pour limiter le sentiment d'attaque de personne à personne. Nous nous appuyions sur les fiches de poste pour justifier que les membres du groupe aient proposé que chaque catégorie professionnelle effectue des tâches spécifiques, que soient distinguées les appellations d'AS et d'ASH, que le cadre soit

plus présent dans le service etc. Ainsi, la mise en évidence d'un lien entre les dysfonctionnements et des causes organisationnelles a permis d'orienter les réflexions des participants vers des pistes d'actions collectives et de ne pas susciter de controverse quant au traitement des RPS (approche individuelle *versus* organisationnelle). Pour favoriser la prise de parole, les acteurs ont été amenés à donner leur point de vue progressivement : d'abord en s'exprimant individuellement sur des post-it, puis en petits groupes, puis en groupe entier. Le travail du groupe a abouti sur la proposition d'une refonte de l'organisation du travail et des horaires. Les agents de la stérilisation nous ont confié leur satisfaction lors des entretiens de clôture ; les effets positifs sur l'ambiance de travail étaient déjà perceptibles, avant la mise en place de la nouvelle organisation.

## 4. DISCUSSION

En nous appuyant sur la liste des 15 actions proposées et sur l'analyse approfondie du fonctionnement du groupe d'expression ayant travaillé sur la redéfinition des fiches de fonction, nous mettons ici en évidence les apports de cette recherche-intervention. Dans un premier temps nous caractérisons les 15 actions proposées, puis nous mettons en évidence les difficultés auxquelles a été confronté le groupe de travail et la manière dont elles ont pu être surmontées.

### 4.1 Le cas de la PUI nous apporte une vision plus précise des actions de prévention primaire à mettre en œuvre à l'hôpital

S'appuyant sur la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), Rossano (2019) a identifié 3 principales catégories de ressources mobilisées à l'hôpital pour prévenir les RPS : - les ressources personnelles (reconnaissance et autonomie) ; - les ressources énergétiques (formation, équilibre travail/famille) ; - les ressources interpersonnelles (réunion, échanges, soutien). Nous retrouvons ces 3 catégories de ressources dans les 15 actions présentées dans le tableau 2. Les actions proposées à la PUI visent notamment à apporter aux agents des ressources interpersonnelles comme par exemple « Développer les échanges avec le bloc opératoire » et « avec d'autres services de stérilisation ». 8 actions sur 15 relèvent des ressources interpersonnelles attestant du besoin ressenti par les équipes de retrouver des temps d'échanges pour réguler le travail alors qu'elles se sont vues imposer une série de décisions unilatérales. Il s'agit aussi de favoriser la communication avec les autres services. Les ressources énergétiques sont aussi nombreuses à être développées (6 actions sur 15), notamment pour favoriser l'intégration de nouveaux agents (réalisation d'un livret d'accueil, journée porte ouvertes, visites pour les nouveaux arrivants, etc.) et développer les compétences (formation professionnelle). Nous avons noté aussi que le retour à un horaire de fermeture du service à 18h au lieu de 20h a été une condition *sine qua non* de participation des équipes aux discussions. Comme l'ont aussi souligné Abord de Chatillon et al. (2016) mais aussi Boiteau et Baret (2017), une autre ressource énergétique qu'est la question des horaires de travail, en lien avec l'équilibre travail/famille, est un important facteur de RPS à l'hôpital qui devrait être traité en priorité. Les clarifications des fonctions, la désignation de référents constituent des apports de ressources personnelles. Nous avons mis en évidence que les glissements de tâches, ont entraîné un brouillage des frontières des métiers et une attente accrue de reconnaissance des spécificités de chacun qui étaient à l'origine de nombreuses tensions. Nous recommandons qu'une approche de prévention primaire porte une attention particulière aux horaires de travail et au maintien de la spécificité des métiers. Au-delà de la clarification des ressources à mobiliser à l'hôpital, la liste des 15 actions précise aussi les catégories d'actions de prévention primaire décrites par Lefebvre et Poirot (2011) en mettant clairement en évidence l'urgence de redynamiser les collectifs pour réguler les activités de travail et de mettre en place des pratiques

de GRH visant le renforcement de la formation et de l'intégration de nouveaux agents. Ces enseignements rejoignent les propos de Montreuil (2020) qui soulignent que : « nous ne pouvons que constater un réel délitement du lien social dans de nombreuses entreprises françaises. » (p.137). Aussi, la majorité des actions présentées dans le tableau 2 visent à reconstruire le lien social avec les autres services, avec l'encadrement, entre les catégories professionnelles et à renforcer la socialisation professionnelle des nouveaux agents.

**Tableau 2 -Caractérisation du plan d'action « Prévention des RPS »**

<b>Actions proposées par le groupe d'expression</b>	<b>Catégories de ressources mobilisées (Hobfoll, 1989 ; Rossano 2019)</b>	<b>Catégories des actions de prévention primaires (Lefebvre et Poirot, 2011)</b>
Revoir les fiches de fonction et l'organisation du travail à la stérilisation.	Ressources personnelles (reconnaissance, autonomie)	Organisation du travail (charge de travail, aménagements, horaires)
Mettre en place un cahier des transmissions.	Ressources personnelles	Organisation du travail
Nommer des référents communication pour chaque service en lien avec la stérilisation.	Ressources personnelles/interpersonnelles	Organisation du travail/Collectif de travail et management
Développer les échanges avec le bloc opératoire.	Ressources interpersonnelles (réunions, échanges, soutien)	Collectif de travail et management (temps d'échanges, relations hiérarchiques)
Développer les échanges avec d'autres services de stérilisation.	Ressources interpersonnelles	Collectif de travail et management
Organiser des réunions par secteurs.	Ressources interpersonnelles	Collectif de travail et management
Organiser des réunions en plénière.	Ressources interpersonnelles	Collectif de travail et management
Améliorer les relations entre encadrants.	Ressources interpersonnelles	Collectif de travail et management
Définir les modalités de sollicitation des PH par les PPH.	Ressources interpersonnelles	Collectif de travail et management
Organiser une journée portes-ouvertes du pôle génie médical.	Ressources énergétiques/ressources interpersonnelles	GRH/collectif de travail et management
Favoriser la formation professionnelle des agents de stérilisation.	Ressources énergétiques (formation, équilibre travail/famille)	GRH (intégration, formation, mobilité, rétribution)
Réaliser un film de présentation de la PUI.	Ressources énergétiques	GRH
Organiser des visites des services de soins pour les nouveaux arrivants à la PUI.	Ressources énergétiques	GRH
Proposer l'intégration dans le cursus de formation de l'IFSI des visites de la PUI.	Ressources énergétiques	GRH
Réaliser un livret d'accueil pour chaque secteur	Ressources énergétiques	GRH

## **4.2 La mise en évidence des freins au fonctionnement des groupes de travail et des moyens de les surmonter.**

Comme le soulignent Abord de Chatillon et al. (2016), trois grands types de mesures de prévention des RPS sont mis en œuvre dans les hôpitaux : les mesures individuelles d'accompagnement des personnes en difficulté, les formations et les mesures collectives qui

prennent le plus souvent la forme de groupes d'expression. Si ces groupes ont montré ici aussi leur capacité à réguler les difficultés du travail, leur fonctionnement ne va pas de soi. Ils ont tendance à ne pas s'attaquer en profondeur à l'organisation du travail. Comme le soulignent aussi Frétigny et Cordoba (2015, p. 41) : « *Il convient aussi de constater la difficulté que constitue la capacité de se poser et d'oser penser le travail.* ». Le cas de la PUI révèle les nombreuses difficultés à surmonter pour permettre à ces groupes d'échange de produire de véritables actions de prévention primaire. Comme Frétigny et Cordoba (2015), nous soulignons la difficulté qu'ont les agents à s'exprimer dans un groupe de travail. Etre le porte-parole de ses collègues ne va pas de soi, les participants craignent d'être désavoués par leurs pairs. En cas de tensions entre catégories de personnel, les participants hésitent à s'exprimer de peur de renforcer les tensions. En conséquence, seuls les éléments faisant consensus sont discutés, le groupe reste alors à la surface des choses sans s'attaquer en profondeur à l'organisation du travail (Abord de Chatillon et al., 2016). Les débats ont alors lieu à l'extérieur du groupe d'expression, dans des assemblées informelles. Pour surmonter cette difficulté, il a fallu modifier plusieurs fois le périmètre des groupes d'expression, soit en le réduisant à des sous-groupes, soit en l'étendant à l'ensemble des agents de la PUI. Ce résultat s'inscrit pleinement dans le prolongement des travaux de Collard (2019) réalisés également dans un service hospitalier. Il s'agit de ne pas négliger les espaces de discussion informels qui permettent de réguler les émotions et de prolonger les débats ouverts dans les espaces formels. Une vigilance doit aussi être apportée à la connexion entre les différents types d'espaces de discussion. Dans le cadre d'une démarche de prévention primaire des RPS, l'intervenant a donc un véritable rôle ingénierique pour « *proposer de structurer certains espaces, de les équiper et de les connecter davantage entre eux* » (Collard, 2019, p.29).

Comme souligné par Frétigny et Cordoba (2015) mais aussi Chakor (2020), les responsables craignent de perdre leur pouvoir sur l'organisation en donnant la parole aux personnels. Nous voyons ici que c'est en préparant chaque réunion avec les responsables pour préciser les domaines ouverts à la discussion, et ceux qui ne le sont pas, que ces derniers ont été rassurés et ont accepté l'existence du groupe de travail. Si, comme le soulignent Bellini et al. (2018), l'animation par les responsables hiérarchiques est indispensable au bon fonctionnement des espaces de discussion, cette animation doit être accompagnée ou au moins préparée par une formation adéquate. Sinon, le risque est important que ces espaces de discussion soient désertés ou transformés en lieux de communication descendante (Chakor, 2020).

Comme nous venons de le voir, les points de blocage pouvant entraver l'aboutissement des travaux des groupes de travail sont nombreux. Pour Abitan et Frétigny (2015), un des rôles de l'intervenant est de faire en sorte que le groupe ne se complaise pas dans la plainte et ne parvienne pas à engager une analyse distanciée du travail. Grâce aux entretiens et à l'observation il est parvenu ici à relier les dysfonctionnements à leurs causes organisationnelles et éviter ainsi les attaques personnelles en réunion. Il a ainsi joué un rôle de traducteur au sens de la sociologie de la traduction, relayant les préoccupations et favorisant ainsi l'émergence de problématiques partagées, confirmant ainsi les travaux également sur l'hôpital de Durand et al. (2018). Prolongeant le propos de Bellini et al. (2018), nous montrons que pour que le groupe d'expression devienne un véritable espace de discussion, c'est-à-dire avec une mise en débat du travail réel, il convient de l'outiller avec les résultats d'une analyse du travail qui permettent de soutenir le débat entre les acteurs.

## CONCLUSION

La revue de littérature met en évidence la surexposition des agents hospitaliers aux facteurs de RPS. Elle préconise leur prévention par le déploiement de démarches s'inscrivant dans le niveau primaire mais reste relativement muette sur les modalités favorisant leur déclinaison opérationnelle. C'est dans l'objectif de produire des connaissances sur le « comment faire » que nous avons analysé le déploiement d'un projet prévention des RPS conduit au sein d'une pharmacie à usage intérieur d'un centre hospitalier public. Nous avons voulu aller au-delà du constat des difficultés de fonctionnement et de l'essoufflement des groupes d'expression en adoptant une démarche de recherche-intervention qui visait à analyser les difficultés et les avancées d'un tel groupe. Parmi les 15 actions élaborées par le groupe de travail, nous relevons : - l'importance des actions traitant des horaires de travail et de la révision du périmètre des fonctions, - la volonté de remettre en place des lieux de discussion sur le travail dans le service et entre les services, - la préoccupation du renforcement de l'intégration des nouveaux agents. Nous montrons aussi pourquoi les groupes d'expression peinent à dépasser la posture de plainte et à s'engager dans une analyse approfondie du travail. Pour les participants il est difficile de représenter ses collègues, pour les responsables, il est difficile d'accepter de perdre des prérogatives sur la conception de l'organisation du travail. Pour que le groupe d'expression devienne un véritable « espace de discussion » (Detchessahar, 2011) il a fallu : - modifier plusieurs fois le périmètre du groupe, - identifier et traiter en priorité les points de blocage non exprimés frontalement, - préparer chaque réunion avec les responsables pour délimiter les domaines ouverts à la discussion, - mettre en avant les causes organisationnelles et non personnelles des tensions.

Nous rejoignons ici les conclusions encourageantes de Bellini et al. (2018) qui montrent que les organisations publiques sont soumises à des demandes paradoxales (ici : qualité, disponibilité, productivité) et que des espaces de discussion permettent effectivement une régulation de ces paradoxes à condition qu'ils soient structurés et outillés. Ce qui est alarmant c'est que les espaces de discussion naturels tendent à disparaître sous la pression du manque de temps et qu'il faille des projets de prévention financés et impulsés de l'extérieur pour les réintroduire, au moins de manière temporaire. Dans ces conditions, comme Montreuil (2020), nous craignons que le développement du télétravail contribue encore davantage à affaiblir le lien social et les espaces de régulation collective du travail.

## REFERENCES

- Abittan, J., & Fretigny, I. (2015). Les risques psychosociaux à l'hôpital : pour une autre vision du sujet au travail, *Le Journal des psychologues*. 2015/3 n° 326, p. 22-22.
- Abord de Chatillon, E. & Al. (2016). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier public vs privé. Observations de terrains et analyses à partir de l'enquête "Conditions de travail 2013", Rapport, Université de Grenoble, CERAG (Editeur), novembre, 140 p.
- Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris, PUF, 320 pages.
- Bellego, M., Legeron, P., Ribereau Gayon, H. (2012). *Les risques psychosociaux au travail : Les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention*. De Boeck, 104 pages.

- Bellini, S., Drevet, B., Grimand, A., Oiry, E., (2018). Les espaces de discussion : un vecteur de régulation des paradoxes de la nouvelle gestion publique ?, *Revue de gestion des ressources humaines*. n°107 janvier-mars, p. 3-22.
- Belorgey, N. (2010) *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*. La Découverte, 337 pages.
- Bernon, C., & al. (2013). Rapport issu du groupe de travail réuni à l'initiative du FNP de la CNRACL et animé par Sciences Po Bordeaux. *Pour une prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières*, Science Po Bordeaux, 2013.
- Boiteau, K., & Baret, C. (2017). La conduite du changement en hôpital psychiatrique : le rôle des centres de traduction dans la valorisation des innovations lors d'un projet de promotion du bien-être au travail, *Politiques et Management Public*. 34/3 Juillet-Septembre 2017, p. 215-230.
- Chakor, T. (2020). Expertise et post-expertise en risques psychosociaux au travail. Quelle appropriation suite au départ de l'expert ?, *Revue française de gestion*. 2020/2 n°287, p.13-33.
- Chakor, T. (2013). Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail. Thèse en sciences de gestion, Université Aix Marseille.
- Collard, D. (2019). Explorer et gérer les espaces de discussion sur le travail, *Annales des Mines -Gérer et comprendre*. 2019/4, n°138, p. 21-30.
- Detchessahar, M. (2011). Santé au travail: quand le management n'est pas le problème mais... la solution. *Revue française de gestion*. (5), p.89-105.
- Desailly-Chanson M-A., & Siahmed H. (2016). Établissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques, Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article567>, décembre, 143 p.
- Dos Santos, C., & Mousli, M. (2016). Quel pilotage de la performance par les tableaux de bord à l'hôpital public ? À propos d'un cas français. *Recherches en Sciences de Gestion*. (4), p. 127-146.
- DRESS. (2004). Enquête sur Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et Résultats*. n°335.
- Durand, S., & Baret, C., Krohmer. C. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche- intervention : le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public, *Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme*. n°30 - Hiver 2018, p.3-27.
- Durand S. (2017). Les facteurs de succès et de frein d'une démarche de prévention des risques psychosociaux à l'hôpital public. Une lecture au regard de la sociologie de la traduction. Thèse de doctorat, LEST-CNRS, Aix Marseille Université, septembre 2017, 580 pages.
- Fretigny I., & Cordoba I. (2015). Effets contrastés des rps: favoriser l'identification ou renforcer les résistances ? *Le Journal des psychologues*. (3), p.40-45.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du travail et des affaires sociales.



- Gollac, M., & Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius. L'intensification du travail, *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1996, n°114, p. 54-67.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2006, n°163, p. 4-16.
- Gollac, M. (2012). Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction. *Travail et Emploi*, n°129, Janvier-Mars, pp. 5-10.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. *American Psychologist*. vol.44, pp. 513-524.
- Hatchuel, A. (2000). Quel horizon pour les sciences de gestion ? vers une théorie de l'action collective, in : *Les nouvelles fondations des sciences de gestion, éléments d'épistémologie de la recherche en management*. David A., Hatchuel, A. & Laufer R., Vuibert, Collection FNEGE, chapitre 1, p. 7-43.
- Gombault, A. (2005). La méthode des cas. in Roussel P., & Wacheux F. *Management et Ressources Humaines, Méthodes de recherche en sciences humaines et sociale*. De Boeck, Chapitre 2, p.32-64.
- Journé, B. (2012). Collecter les données par l'observation, in Gavard-Perret M-L., Gotteland D., Haon C., Jolibert A., *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse*. 2012, Pearson Education (2°ed), Chapitre 4, p. 166-206.
- Lefebvre, B., & Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail : Comprendre-Prévenir-Intervenir*. Elsevier Masson, 137 pages.
- Lerouge, L. (2009). *Risques psychosociaux au travail. Etude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*. Paris, Collection l'Harmattan, 2009.
- Margulies, N. & Raia A.P. (1978) *Conceptual Foundations of Organizational Development*. New York: McGraw-Hill, 401 pages.
- Montreuil, E. (2020). *Prévenir les risques psychosociaux et améliorer la qualité de vie au travail. Des outils pour agir efficacement*. Dunod, 266 pages.
- Neveu J.-P. (2012). « La difficile prévention des suicides au travail ». *Gestion*. 37(4), p. 6-14.
- ONVS (2014), Rapport annuel 2014 Observatoire national des violences en milieu de santé. Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, Observatoire national des violences en milieu de santé, <https://o6.sante.gouv.fr/onvs/>, 60p.
- Rossano M. (2019). Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/2 n°2, p. 135-158.
- Sainsaulieu, Y. (2007). *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*. Belin, 2007, 267 pages.
- Valette A., Christophe G., Saulpic, O. & Zarlowski, P. (2015). La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français: une analyse de la littérature. *Revue Politiques et Management Public*. 32/3, p. 241-264.
- Volkoff, S. (2008). La recherche et l'action en santé au travail. Idées ancrées et nouveaux obstacles. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2008/2, n°2-3, pp. 13-17.