

## 1- INTRODUCTION : CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE

Au cours des vingt dernières années d'importants bouleversements dans le monde du travail liés entre autres à la globalisation et la mondialisation ont eu lieu. La tertiarisation de l'économie, l'automatisation et l'informatisation des modes de production ont introduit des modifications complexes dans les organisations du travail. Ces changements sont souvent peu ou mal accompagnés et ont des répercussions sur la santé au travail (Lachmann, 2010 ; Lerouge, 2009 ; Bouffartigue, 2012 ; Clot, 2010).

La prise en compte, par les politiques européennes, des effets potentiellement délétères du travail sur la santé se traduit dans la directive cadre européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989. Celle-ci constitue l'acte fondateur en matière de santé au travail et marque les principes de prévention de la santé et de la sécurité des travailleurs. Elle impose une dynamique spécifique aux pays membres, quant à l'organisation des services de santé au travail et plus particulièrement en ce qui concerne la prévention des risques psychosociaux (RPS) qui constituent l'objet de cette recherche.

En France à la suite de la directive cadre européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989, la réforme de 2004 confirme la transformation des services de Médecine du Travail en services de Santé au travail interentreprises (SSTI). Cette réforme vise l'amélioration du fonctionnement de la médecine du travail et le renforcement de la sécurité sanitaire générale par le développement de la pluridisciplinarité médicale, technique et organisationnelle :

- en amorçant un processus de rééquilibrage des missions du médecin du travail (le tiers temps consacré aux visites en entreprise),
- en favorisant la coopération et la convergence entre des disciplines complémentaires telles que l'ergonomie, métrologie, toxicologie, psychologie, etc.,
- en recourant à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) dotés de compétences techniques, médicales ou organisationnelles.

En Espagne, la directive cadre est transposée dans la loi de Prévention des Risques Professionnels (BOE, 1995) qui pose que les entreprises de prévention espagnoles doivent se doter d'équipes interdisciplinaires pour assurer la santé et la sécurité au travail. Ces équipes doivent compter parmi leurs membres, du personnel avec des compétences techniques différentes et complémentaires dont les Techniciens de Prévention (TP).

Une des missions actuelles des services de santé au travail en France et en Espagne est d'œuvrer dans la prévention des Risques Psychosociaux. En France, ces risques ont été mis sous les feux des projecteurs médiatiques et à l'ordre du jour du calendrier politique suite aux suicides survenus dans certaines grandes entreprises au cours des années 2000. Sur le plan scientifique, de multiples recherches ont porté sur le sujet sans pour autant arriver à un consensus. Après avoir constaté une absence de consensus, le rapport Nasse-Légeron (2008) sur la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, « recommande de commencer par l'observation et la mesure », y compris par l'élaboration d'un « indicateur global ». Cette tâche incombe désormais au « Collège d'expertise » créée à cet effet. Or, si déjà la définition même des risques psychosociaux n'est pas aisée, les activités et compétences des professionnels qui doivent s'y consacrer le sont encore moins. Ces constats bien évidemment interrogent les pratiques, les modalités de coopération ainsi que les

processus de professionnalisation au travail de ces intervenants issus de formations et de disciplines différentes.

Ce contexte et ces considérations renvoient :

- sur le plan scientifique, à une réflexion sur les processus de professionnalisation de ces nouveaux intervenants dans la prévention des risques professionnels,
- sur le plan de la pratique, aux questions des nouvelles attentes de rôle, des nouveaux modes d'organisation, de la constitution de nouveaux collectifs de travail, et de la construction de l'objet RPS
- sur le plan institutionnel, à l'identification des compétences requises, aux dispositifs censés les développer ainsi qu'à la définition de la profession qui en émerge.

C'est l'articulation de ces 3 niveaux d'objectifs qui est proposée dans ce projet de recherche en partenariat.

## **2- PROJET DE RECHERCHE**

### **2.1 Problématique de recherche**

Notre problématique concerne le processus de professionnalisation de ces nouveaux acteurs dans le champ de la santé au travail. Nous nous demandons comment ces nouveaux agents peuvent acquérir des compétences dans la prévention des Risques Psychosociaux alors que la définition même du concept ne génère aucun consensus. Nous nous demandons aussi comment ces Intervenants peuvent réaliser leur travail dans un contexte que la loi exige pluridisciplinaire, mais dont les indications de mise en place ne sont ni claires ni définies ( Barlet, 2015)

Dans une mise en perspective de différentes approches conceptuelles, la question de la professionnalisation apparaît comme domaine d'étude de la sociologie du travail qui émerge dans les pays industrialisés autour des années 1930, pour désigner les processus de constitution et de structuration des Professions et des Métiers. Les travaux anglo-saxons sur la professionnalisation (Merton, 1957 ; Hugues, 1996) mettent l'accent, dans un contexte de lutte pour le pouvoir économique, sur la question de l'acquisition d'un métier, dans une conception libérale mue par un idéal de service. Pour Bourdoncle (1991), la professionnalisation relève d'une rhétorique et d'une dynamique de construction identitaire d'un groupe social. Plus récemment, les travaux francophones sur la professionnalisation font état de trois composantes principales dans ce processus, telles que mentionnées par Wittorski (2008) :

- l'acquisition de compétences de groupe pour une autonomie sociale et la professionnalisation d'une profession,
- l'accompagnement à la flexibilité professionnelle (efficacité au travail),
- le processus de fabrication d'un professionnel par la formation (professionnalisation formation).

Des travaux plus récents s'interrogent sur l'influence du milieu de travail sur l'apprentissage et sur l'articulation entre individuel et collectif dans la professionnalisation (Zaouani-Denoux, 2014)

En adoptant ce cadre théorique nous interrogeons dans cette recherche la manière dont les IPRP en France et les TP en Espagne vont acquérir des compétences et vont se professionnaliser en prenant en compte les paramètres suivants :

- *Le caractère émergent de ce nouveau métier pour lequel il n'y a pas de cursus de formation homogène*

Le métier d'IPRP apparaît dans les textes de loi en France dans les années 2003. Au même titre que le médecin du travail, l'IPRP participe à la préservation de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration des conditions de travail dans un objectif de prévention. Les entreprises, lorsqu'elles n'ont pas de service de prévention propre, doivent faire appel aux Services de Santé Interentreprises externes, dans lesquels il doit y avoir un ou des IPRP. Elles peuvent aussi faire appel à des IPRP externes qui, pour exercer en tant que tels, doivent avoir une habilitation reposant sur trois organismes de prévention : l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), et l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP).

En Espagne, le métier de TP est mentionné dans la loi sur la prévention des risques de 1995. L'entreprise qui ne peut pas avoir un service de prévention interne, est obligée d'avoir recours à un service de prévention externe. Ce service est défini par la loi comme « l'ensemble de moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation des activités de prévention afin de garantir la protection, la sécurité et la santé des travailleurs ». Cependant, la législation ne définit pas un cursus de formation permettant l'accès à ce métier. Ces agents issus des formations différentes doivent travailler dans la prévention des RPS dont la définition même du concept n'est pas aisée

*- L'exigence de pluridisciplinarité de l'équipe de travail*

La loi française, tout comme la loi espagnole, pose le principe que l'appel aux compétences pluridisciplinaires, médicales, techniques et organisationnelles, doit être le fait des services de santé au travail. Pierre Delattre (2012) nous amène à considérer que pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité n'ont pas les mêmes objectifs.

La pluridisciplinarité pourrait être entendue comme l'association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, l'interdisciplinarité poursuivrait l'objectif plus ambitieux d'élaborer un formalisme à partir des apports d'une science à l'autre, et enfin la transdisciplinarité sortirait du cadre de la recherche disciplinaire pour chercher à répondre aux questions relatives à ce que partagent les disciplines et au-delà de toute discipline. Pour nous, l'enjeu de la pluridisciplinarité, dont les services de santé au travail en France et en Espagne sont l'objet, reste toujours d'actualité et ouvert à la réflexion mais il sollicite en amont un travail de réflexion collectif. L'existence d'une activité collective nécessite une connaissance des autres professionnels et de leurs compétences. Connaissances sur la base desquelles s'élabore un collectif de travail : à savoir des règles de pratiques communes, un référentiel commun, un espace de confrontation et de débat (Caroly, 2013).

Si Barlet (2015) met l'accent sur la difficulté de mise en place de la pluridisciplinarité en SSTI, pour laquelle aucune consigne n'est donnée, Charpentreau (2015) démontre qu'un partage des représentations concernant la pluridisciplinarité entre membres de SSTI est un préalable nécessaire à sa mise en place. Quant à nous, nous interrogeons le rôle que ce travail collectif pluridisciplinaire, (Charpentreau 2015), peut jouer dans la professionnalisation des IPRP en France et des TP en Espagne, dans leur abord des RPS.

## **2.2 Hypothèses de recherche**

Ainsi nous proposons les hypothèses suivantes :

### **Hypothèse Générale**

**Nous posons l'hypothèse générale selon laquelle la professionnalisation en risques psycho sociaux des IPRP et des TP dépend de facteurs organisationnels et de caractéristiques personnelles.**

### **Hypothèse Opérationnelle 1**

Nous posons que la professionnalisation des IPRP et des TP est influencée par le cadre institutionnel politique et les dispositifs de prévention mis en place en France et en Espagne. En effet, l'organisation du système de prévention est structuré et territorialisé sous forme associative en France. En Espagne il est organisé sous la forme d'entreprises de droit privé pouvant intervenir sur l'ensemble du territoire.

Nous nous attendons à ce que la structuration différente de la santé au travail en France et en Espagne génère des différences dans le développement des compétences des IPRP et des TP relative aux RPS et influence le processus de leur professionnalisation. L'exigence de rentabilité prévalente en Espagne, pouvant être un facteur important de différenciation.

**HO1 : Le développement par les IPRP et les TP de compétences relatives aux RPS dépend des ressources offertes par l'environnement de travail notamment du contexte national et de la nature des situations de travail rencontrées.**

### **Hypothèse Opérationnelle 2**

A un deuxième niveau, nous poserons des hypothèses relatives à l'influence du collectif de travail sur la professionnalisation des IPRP et des TP dans le domaine des RPS. En effet nous pensons que le caractère anxiogène de la prise en charge d'un objet aussi flou que les RPS peut se voir atténué par l'insertion du professionnel dans un véritable collectif de travail, qui pour nous, comme explicité précédemment est un préalable nécessaire à la construction de la pluridisciplinarité. A ce niveau nous prendrons soin de distinguer, à la suite de Caroly (2001) collectif de travail et travail collectif. Le travail collectif correspond à la manière dont les travailleurs vont plus ou moins coopérer de manière efficace et efficiente dans une situation de travail (De la Garza et Well-Fassina, 2000). « Il est donc défini en lien avec la tâche dans laquelle sont engagés les partenaires du travail collectif et renvoie à la performance dans l'atteinte des objectifs de cette tâche. Le travail collectif implique des processus de répartition des tâches et d'échanges de savoirs, favorisant la mise en œuvre de régulation dans l'activité » (Caroly & Barcellini, 2013). La mise en place d'un travail collectif, nécessiterait certaines conditions comme la coordination, la concertation, la stabilité de l'équipe, ou les marges de manœuvre laissées par l'organisation.

Pour ce qui est du collectif de travail, concept développé davantage par la clinique de l'activité, celle-ci insiste sur l'importance et la nécessité de l'existence de règles de métier et du genre professionnel comme préalables à sa création. Nous pensons que ce collectif de travail, comme l'explique Caroly (2001), peut avoir un effet important sur l'engagement de l'IPRP et du TP face à l'exercice d'une tâche en mal de définition. En nous appuyant sur ces concepts théoriques nous nous attendons à ce que l'existence d'un travail collectif et d'un collectif de travail favorisent le développement des compétences et contribuent à la professionnalisation des IPRP et des TP. Insérés dans une équipe offrant des possibilités de travail collectif et la référence à un

collectif de travail ils prendront davantage d'initiatives dans leur pratique quotidienne et développeront de nouvelles compétences en prévention des RPS.

**H02 : Le développement par les IPRP et les TP de compétences relatives aux RPS dépend de la nature du système de relations, de l'existence d'un collectif de travail et d'un travail collectif.**

### **Hypothèse Opérationnelle 3**

Notre enquête préliminaire de Master 2 Recherche montre que les cursus de formation pour devenir IPRP sont très différents. Il en va de même pour les cursus de formation pour devenir TP en Espagne.

<b>IPRP SSTI France</b>	<b>TP Entreprise Prévention Espagne</b>
Hygiénistes avec licence, complétée en général par DU	TP Supérieur : Bac + 5 de n'importe quelle filière de provenance + spécialisation en Prévention
Cursus complet en ergonomie ou cursus différent complété par DU en ergonomie	TP Intermédiaire : Pas de diplôme supérieur requis. Niveau Bac
Psychologues du travail	
Ingénieurs	

Nous posons l'hypothèse opérationnelle selon laquelle les IPRP et les TP issus d'un cursus de formation en sciences humaines et sociales se perçoivent comme plus compétents pour aborder les RPS que les IPRP et TP issus d'un cursus d'hygiène et sécurité, et partant, qu'ils intègrent davantage cette problématique et prennent plus d'initiatives sur ces problèmes dans leur pratique quotidienne. Par ailleurs, nous nous attendons à ce que la façon dont les individus s'emparent des ressources offertes, jouent un rôle dans le développement des compétences RPS.

**H03 : Le développement par les IPRP et les TP de compétences relatives aux RPS dépend de caractéristiques personnelles notamment de la formation antérieure et de l'exploitation par les individus des ressources proposées.**

## **2.3 Organisation des travaux**

Pour mettre à l'épreuve nos hypothèses nous envisageons le dispositif suivant : investiguer deux services de santé au travail à l'organisation contrastée (deux en France plus deux en Espagne) sur l'ensemble des phénomènes étudiés

Cette comparaison doit nous permettre d'établir le rôle des facteurs sociétaux, organisationnels et personnels dans la variabilité des pratiques professionnelles des IPRP en France versus des techniciens de prévention en Espagne, face à la question des RPS. Ceci implique que nous constituions deux échantillons de professionnels comparables en France et en Espagne sur des critères que nous affinerons en fonction des réalités de terrain et des résultats de la première étape de notre recherche.

## **2.4 Outils de recueil des données**

Le travail de recherche envisagé s'appuiera sur une démarche qualitative mobilisant plusieurs techniques de recueil des données : observation, entretiens individuels, entretiens collectifs, auto confrontation simple et croisée ainsi que l'instruction au sosie.

### **3-PARTENARIAT**

Ce projet est basé sur un partenariat entre :

#### **3.1 L'Association Ariégeoise de Santé au Travail (ASTA)**

L'Association de Santé au Travail de l'Ariège (ASTA) est un Service interentreprises de Santé au Travail qui compte, au 31 décembre 2014, 3664 entreprises adhérentes, soit 24752 salariés, tous secteurs confondus, hormis le bâtiment et l'agriculture. Les entreprises suivies présentent donc des profils très différents, autant par leur taille que par leur activité économique.

#### **3.2 Le Laboratoire d'accueil**

Le Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique, Education, Formation (LIRDEF, EA 3749) est un laboratoire de recherche co-habité par l'Université de Montpellier et l'Université Paul Valéry Montpellier 3. Il est composé de 4 équipes et comporte plus de 50 chercheurs. Les travaux du LIRDEF couvrent les domaines de l'enseignement-apprentissage mais aussi les questions plus larges d'activité professionnelle, de professionnalisation, d'identité, d'entrée dans le métier ou de pratiques enseignantes. Les disciplines scientifiques différentes des chercheurs du laboratoire conduisent à ce que les processus d'apprentissage, de formation ou de professionnalisation soient étudiés non seulement d'un point de vue interne mais également d'un point de vue externe, permettant une approche de la complexité des situations réelles investiguées.

#### **3.3 Doctorante**

Carmina Santamaria, psychologue clinicienne et psychologue du travail et des organisations, avec une expérience de 30 ans en tant que consultante, formatrice, psychologue clinicienne et psychologue du travail et des organisations.

