



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études
en administration publique

Camille Giovannini

**Promotion de la santé mentale au
travail: *empowerment* émancipatoire
ou gouvernementalité néolibérale ?**

Cahier de l'IDHEAP 326/2023

Camille Giovannini

**Promotion de la santé mentale
au travail : *empowerment*
émancipatoire ou
gouvernementalité néolibérale ?**

Cahier de l'IDHEAP 326/2023

Unité *Gestion des Ressources Humaines*

Travail de mémoire

Directeur : Prof. David Giaque

© 2023 IDHEAP, Lausanne

ISBN 978-2-940667-15-4

IDHEAP
Institut de hautes études en administration publique
Université de Lausanne
Bâtiment IDHEAP, 1015 Lausanne
Tél. +41 (0)21 692 68 00, Fax +41 (0)21 692 68 09
E-mail : idheap@unil.ch – www.unil.ch/idheap

« Voilà, c'est celui qui est tout en haut de la pyramide qui prend la décision et qui a aucune idée de la réalité du terrain. »

ASSC, Hôpital labellisé

« Celui qui est tout au bas de l'échelle a toujours son mot à dire [...] s'il y a quelque chose à changer, c'est probablement lui qui sait le mieux et non celui qui est tout en haut, dont ça fait longtemps qu'il n'a plus fait de technique. »

Responsable « Climat social », Entreprise

Je remercie chaleureusement le Professeur David Giaque qui m'a prodigué de précieux conseils et a été vivement encourageant tout au long de mon travail, de même que Guillaume Revillod d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury de soutenance. Un grand merci à Aline Bressoud pour son intérêt prononcé et nos échanges prolifiques qui m'ont aidé à clarifier ma pensée au cours du processus. Je fais aussi part de ma gratitude à Caryl et Marc Giovannini pour leur relecture de mon travail, leur implication dans nos discussions à ce sujet et leurs encouragements, ainsi qu'à Anne Bramaud pour nos discussions et ses commentaires constructifs. Je suis également reconnaissante envers mon amie ASSC qui m'a permis d'entrer en contact avec la majorité de mes interviewés au sein de l'hôpital, de même qu'envers l'ensemble des personnes qui m'ont volontiers accordé de leur temps et ont répondu à mes questions avec intérêt. Enfin, merci à Gabriel Gschwend, Thomas Delmote et Myriam Giovannini qui m'ont offert un soutien par leur écoute active.

SOMMAIRE

Sommaire.....	I
Liste des acronymes.....	III
Executive summary.....	V
1 Introduction	1
1.1 Problématique	1
1.2 Question de recherche et structure du travail	7
2 Revue de littérature	8
2.1 Retour historique sur les problèmes de santé au travail.....	8
2.2 Augmentation des problèmes de santé mentale au travail : les « nouvelles formes d’organisation du travail » en cause	9
2.3 Appréhender la santé mentale au travail : la focale sur les ressources	11
2.3.1 L’approche pathogénique du travail	12
2.3.2 L’approche salutogénique du travail.....	13
2.4 La « nouvelle santé publique » : un changement de paradigme, vers la promotion de la santé	14
2.5 La promotion de la santé (mentale) au travail	16
2.5.1 L’approche préventive.....	17
2.5.2 L’approche participative	20
3 Cadre théorique	21
3.1 La perspective salutogénique du travail rend acteur.....	21
3.2 <i>Empowerment</i> , le concept	22
3.3 La gouvernementalité néolibérale, un récit enrôleur	23
3.4 L’ <i>empowerment</i> néolibéral	26
3.5 L’ <i>empowerment</i> radical ou le « pouvoir d’agir »	27
3.6 Participation et « environnement capacitant ».....	30
3.7 Conclusion	35
4 Méthodologie.....	37
4.1 Récolte des données et choix des terrains.....	37
4.2 Méthode qualitative.....	38
4.3 Grilles d’entretien	39
4.4 Échantillon	41
4.5 Limites.....	42

5	Analyse des données	43
5.1	Données secondaires : les offres de Promotion Santé Suisse	43
5.1.1	Quid des démarches participatives ?	43
5.1.2	Le label Friendly Work Space.....	44
5.2	Données primaires : l'Hôpital et l'Entreprise	45
5.2.1	Code book, le contenu	45
5.2.2	L'analyse empirique des données : l'Hôpital	46
5.2.3	L'analyse empirique des données : l'Entreprise	60
6	Discussion	69
6.1	Interprétation des résultats	69
6.1.1	L'Hôpital.....	69
6.1.2	L'Entreprise	76
6.1.3	Conclusion	77
6.2	Limites	78
6.3	Recommandations.....	79
7	Conclusion finale.....	85
7.1	Résumé conclusif.....	85
7.2	Ouverture.....	87
8	Références bibliographiques	95
9	Annexes	111
9.1	Annexe 1 : code book, le tableau.....	111
9.2	Annexe 2 : Matrice d'évaluation FWS, sous-critères 2d et 5d...	114

LISTE DES ACRONYMES

AESST	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
ASSC	Assistant en soins et santé communautaire
DPA	Développement du pouvoir d'agir
DRH	Direction des ressources humaines
ENWHP	Réseau européen pour la promotion de la santé au travail
GSE	Gestion de la santé en entreprise
ICUS	Infirmier chef de service
IRUS	Infirmier responsable d'une unité de soins
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPrév	Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé
MIPPA	Mesure d'Indicateurs Psychosociologiques du Pouvoir d'Agir
NGOP	Nouvelle gouvernance publique
NGP	Nouvelle gestion publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PA	Pouvoir d'agir
PME	Petites et moyennes entreprises
PSE	Promotion de la santé en entreprise
PSME	Promotion de la santé mentale en entreprise
PSMT	Promotion de la santé mentale au travail
PSS	Promotion Santé Suisse
PST	Promotion de la santé au travail
QPA	Questionnement du pouvoir d'agir
RÉFIPS	Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé
RH	Ressources humaines
RI	Remplaçant ICUS
RPS	Risques psychosociaux

IV CAHIER DE L'IDHEAP 326
SOMMAIRE

SGSE	Service GSE
SMT	Santé mentale au travail
ST	Santé au travail
WHO	World Health Organization

EXECUTIVE SUMMARY

La Charte internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé proclamée en 1986 matérialise un changement de paradigme dans le champ des politiques de santé publique, auparavant focalisées sur une approche préventive. La promotion de la santé induit une réorientation de la prise en charge de la santé publique, par-delà l'État et les professionnels de la santé, en direction des acteurs privés de la société, incluant les individus eux-mêmes. En effet, elle vise à mettre les individus et populations en capacité d'exercer une meilleure maîtrise sur leur santé et de l'améliorer par le biais de leur participation à la construction d'un environnement favorable à la santé, en prenant part à la définition des problèmes, à l'élaboration des solutions et à leur mise en œuvre.

Ce changement de paradigme se produit conjointement à la transformation de l'action publique lors de la réforme de l'État-Providence vers sa forme néolibérale qui ne sera pas sans effets sur les objectifs de la « nouvelle santé publique » (Blais 2006).

BUT DE LA RECHERCHE

Quelles sont les conséquences du tournant néolibéral sur l'application de la Charte d'Ottawa, spécifiquement dans le domaine des politiques de promotion de la santé mentale au travail (PSMT) en Suisse, signataire du texte ? Viser l'*empowerment* des premiers concernés, en plus de constituer un pilier de la PS(M)T, serait d'une importance centrale pour la réussite et l'efficacité des interventions visant la préservation et l'amélioration de leur santé mentale au travail (SMT). Seulement, l'acception néolibérale du concept le détourne de son sens initial, ce qui impacte la nature et l'efficacité des démarches.

L'objectif de cette recherche est ainsi de déduire le type d'*empowerment* visé au travers du projet de promotion de la santé en entreprise (PSE) développé dans le cadre de la labellisation Friendly Work Space (FWS) d'un hôpital public. Nous cherchons par là à apprécier la portée de la

politique de PSE proposée par la fondation Promotion Santé Suisse (PSS) et du projet de l'hôpital labellisé en termes d'amélioration de la SMT.

REVUE DE LITTÉRATURE

Nous constatons d'abord qu'en dépit de la multiplication des efforts visant à préserver et améliorer le bien-être au travail, les problèmes de SMT (stress, *burn-out*, etc.) demeurent en constante augmentation. En outre, la problématique de notre recherche se fonde sur le paradoxe suivant. La Charte d'Ottawa élargit la considération des déterminants de la santé aux facteurs socio-économiques et environnementaux, au-delà des facteurs individuels. Elle demande dès lors une prise en charge collective, avec l'implication de la communauté et des individus dans la résolution des problèmes de santé qui les concernent, et la mise en œuvre d'actions visant leur environnement direct et plus large.

Cependant, **la plupart des démarches menées dans le cadre de la SMT restent majoritairement focalisées sur les individus et la transformation de leurs comportements.** Elles s'inscrivent dans une optique de responsabilisation individuelle visant l'adaptation à l'environnement existant (*empowerment* néolibéral). La littérature souligne par ailleurs **la moindre efficacité de ce type de mesures et leur caractère contre-productif**, lorsqu'établies isolément, parce qu'elles individualisent des problèmes qui ont une origine structurelle et ne s'attaquent dès lors pas à leur cause.

Symétriquement, les approches de PS(M)T fondées sur l'*empowerment* radical ou « véritable » (Ischer et Saas 2019) des employés font intervenir des actions simultanées sur les facteurs individuels et structurels, **le tout développé via un processus participatif, intégrant les premiers concernés à la définition du problème et à l'élaboration des solutions.** Bien qu'elles soient considérées cruciales pour maintenir et améliorer la SMT, leur mise en œuvre reste marginale.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Nous avons procédé à la réalisation de dix entretiens semi-directifs au total. Une comparaison des données récoltées au sein de l'Hôpital a été

effectuée avec celles provenant de l'Entreprise, une organisation privée non labellisée FWS mais fondée sur une structure horizontalisée. Nous avons fait le choix d'une posture comparative afin d'être en mesure d'appréhender au mieux la teneur des mesures participatives existantes au sein de l'Hôpital, par rapport aux structures participatives de l'Entreprise.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les principaux résultats confirment que les **mesures participatives n'ont pas la part belle au sein du projet de PSE de l'Hôpital, contrairement aux mesures centrées sur les individus**. Cela peut avoir pour explications que la problématique de la SMT est individualisée et que les obstacles à la mise en œuvre de ce type de mesures n'ont pas encore été surmontés (reconfiguration de certains rapports de pouvoir, besoins conséquents en ressources).

Ainsi, **la rareté des possibilités structurelles de participation offertes aux employés et leur teneur lorsqu'elles existent, ne permettent pas leur *empowerment* véritable**. Le label FWS symbolise le fait que la politique de PSE mise en œuvre par PSS est restreinte à l'acception néolibérale de l'*empowerment*, car l'obtention du label n'est pas conditionnée à la mise en place de mesures participatives.

Nous constatons également des contradictions significatives entre les discours de l'institution et du management d'une part, et ceux des employés de terrain, d'autre part. Elles indiquent l'existence d'une **déconnexion de la hiérarchie d'avec la réalité du terrain**. Cela est cohérent avec l'inscription du projet de PSE de l'Hôpital dans la ligne néolibérale qui se fonde principalement sur une logique *top-down*.

Quant à l'Entreprise et sa structure décentralisée à tous les niveaux, elle constitue un environnement dit capacitant. Ce dernier actualise un mouvement tant *bottom-up* que *top-down*, permettant une **adaptation constante de la structure en fonction des besoins et du bien-être des employés**.

1 INTRODUCTION

1.1 PROBLÉMATIQUE

Dans ce travail, nous nous alignons sur la thèse soutenant que le nouveau mode d'administration de la santé publique a été induit par un changement de paradigme intervenu dans le secteur, dès les années 1980 (Blais 2006). C'est à travers cette approche des politiques publiques que nous engageons une réflexion sur ce mode d'action et ses effets, spécialement dans le champ des politiques de la santé mentale au travail (SMT). Nous soutenons d'une part que plusieurs changements de représentations se sont opérés dès le milieu du 20^e siècle dans les domaines de la santé, de la santé au travail (ST) et de l'action publique, conjointement au tournant néolibéral. Et d'autre part qu'ils sous-tendent le changement intervenu dans la gestion de la problématique de la SMT en Suisse. Nous postulons que le changement de paradigme survenu dans la sphère de la santé publique est de troisième ordre, en ce qu'il se « [traduit] par une modification [...] des objectifs même de la politique publique » (Maillard et Kübler 2015 : 171) en question. En effet, les politiques de SMT visaient auparavant la prévention des risques, considérés comme étant de nature individuelle, et l'atteinte de leurs objectifs relevait principalement de l'intervention étatique et des acteurs du milieu médical (Friset-Brosseau 2015 ; Blais 2006). Or, en 1986, la Charte internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé réoriente l'action sur les facteurs de risque et les déterminants de la santé tant individuels que socio-économiques et environnementaux (Friset-Brosseau 2015 ; Blais 2006 ; RÉFIPS 2012), qui doivent désormais faire l'objet d'une prise en charge collective, comptant la participation des individus et de divers acteurs de la société (OMS 1986).

Seulement, nous relevons un paradoxe. En effet, l'élargissement de la considération des éléments impactant la santé aux facteurs collectifs demande l'implication de la communauté (OMS 1986) et la mise en œuvre d'actions visant l'environnement direct et plus large des individus.

Cependant, la plupart des interventions menées dans le cadre de la SMT restent encore à l'heure actuelle majoritairement focalisées sur les individus et la transformation de leurs comportements. Afin d'élucider cette question et compléter notre analyse, nous sollicitons l'approche par les récits de politique publique (Maillard et Kübler 2015). Nous supposons que le projet néolibéral, enrobé d'un récit séducteur, a réorienté l'objectif initial de la promotion de la santé exprimé par la Charte d'Ottawa. Ce n'est pas sans effets sur les objectifs de la « nouvelle santé publique » (Renschler et al. 2005 ; Blais 2006).

Outre les importants coûts humains que génèrent les problèmes de SMT (Vézina 1996), ils « [représentent] une charge importante pour l'économie et le système de santé » (PSS s.d.). En effet, le Rapport suisse sur les Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques, datant de 2001, indique que « le total des coûts financiers annuels liés au stress » (Conne-Perréard et al. 2001 : 76) – le stress n'étant, comme nous le verrons, que l'un des facteurs de péjoration de la SMT – était alors estimé à 4.2 milliards de francs (Conne-Perréard et al. 2001). Cela sachant qu'en 2005, les dépenses totales de prévention et promotion de la santé – au-delà du secteur de la SMT – s'élevaient à 1.13 milliard de francs, contre les 48 milliards dédiés à la prise en charge médicale, sur un total de 51.73 milliards investis dans le système de santé (OFSP 2007). De plus, les organisations sont elles-mêmes touchées, via la perte de performance des employés, impactant la productivité (AESST 2014). En l'occurrence, on estime qu'en 2018, les effets du stress ont coûté 6.5 milliards de francs aux employeurs (PSS 2018). Telles sont les raisons du choix de cette problématique.

Précisons à ce stade que nous différencions les concepts « environnement de travail » et « organisation de travail ». Le premier étant entendu comme les conditions de travail distinguées de l'organisation du travail, associée aux modes de management. De plus, nous utilisons le vocable « milieu de travail » ou « lieu de travail » pour renvoyer autant à l'environnement qu'à l'organisation du travail. De même, les termes

« monde du travail » font référence à la fois au milieu de travail et au marché du travail.

C'est dans un rapport datant de 2000 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare que les problèmes de santé psychique constituent l'une des trois causes majeures de handicap, avec les maladies cardiovasculaires et les troubles musculosquelettiques. Déjà à cette période, l'ampleur et l'augmentation du problème à travers le monde le place au rang des priorités de l'institution (Harnois et al. 2000). Comme nous nous intéressons à la question de la SMT, nous nous reportons aux chiffres émis en 1999 par l'European Mental Health Agenda of the European Union qui estime que 20% des adultes actifs européens rencontreraient ce type de problématique à un moment donné (Stakes 1999, dans Harnois et al. 2000). Pour ce qui est du cas spécifique de la Suisse, deux études, réalisées respectivement en 2010 et 2017 par le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) et l'Office fédéral de la statistique (OFS), notent une augmentation considérable des problèmes de SMT depuis 2000 (Graf et al. 2011 ; OFS 2019). De leur côté, Karasek et Theorell font l'hypothèse en 1990 déjà, que « plus du tiers des problèmes de santé mentale pourrait être attribuable au milieu de travail » (Conne-Perréard et al. 2001 : 72). D'autres auteurs imputent également une importance significative au travail dans l'amplification de la problématique (Vézina 1996 ; Carpentier-Roy 1995 ; Conne-Perréard et al. 2001) et reconnaissent une augmentation des problèmes de SMT et leurs causes organisationnelles (Conne-Perréard et al. 2001 ; Detchessahar 2011 ; LaMontagne et al. 2014 ; Hassard et al. 2011 ; Parker et DeCotiis 1983 ; St-Arnaud et al. 2010 ; ANACT 2007). En effet, plusieurs auteurs y perçoivent les effets des nombreux changements intervenus dans le monde du travail depuis plusieurs décennies générant une pression accrue sur les individus, notamment via un type particulier d'organisation du travail (Conne-Perréard et al. 2001 ; Vézina 1996 ; Carpentier-Roy 1995 ; Detchessahar 2011 ; ANACT 2007).

Une corrélation peut ainsi être faite entre cette tendance à la hausse des problèmes psychiques au travail et l'avènement du néolibéralisme qui

renforce l'impératif de rentabilité économique et financière, dans le secteur privé comme public (Carpentier-Roy 1995 ; Dardot et Laval 2010). Le rôle de l'État dans ce contexte est décisif car il a désormais pour fonction, selon Foucault, cité par Dardot et Laval (2009 ; 2010), de construire un environnement favorable à l'organisation et à l'expansion du marché dans toutes les sphères de la société (2009 ; 2010), jusque dans le champ de l'action publique (Emery et Giauque, 2012 ; Dayer 2015). Aussi, la transition de l'État-Providence à l'État néolibéral coïncide avec une modification du mode d'administration de la santé publique matérialisant un changement de paradigme dans le secteur. Dans le cadre de ce travail, nous nous baserons sur la définition du néolibéralisme de Foucault pour étudier la manière dont cette nouvelle santé publique se concrétise en Suisse et interroger ses effets dans le domaine de la SMT.

C'est la Charte internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé, signée en 1986 qui institutionnalise ce changement de paradigme avec le passage de l'approche préventive et curative à un modèle basé sur la prévention des maladies et la promotion de la santé (Blais 2006 ; OFSP 2011 ; Bergeron 2010). En Suisse, pays signataire de la Charte, c'est l'adoption de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1994 qui donne naissance, via ses articles 19 et 20, à l'organisme national de promotion de la santé, la fondation Promotion Santé Suisse (PSS) (RS 832.10 ; PSS 2021b ; PSS 2013). La promotion de la santé, définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS 1986 : 1), se fonde sur une nouvelle définition de la santé conçue comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité » (OMS 1948, dans WHO 1998 : 1). L'intervention en promotion de la santé repose sur cinq piliers stratégiques, dont trois correspondent à ceux de la promotion de la santé au travail (PST) ou en entreprise (PSE) définis par le Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP) :

- Améliorer l'organisation et l'environnement de travail
- Promouvoir la participation active [des employés]

- Encourager le développement personnel
(ENWHP 2007 : 2, notre traduction).

Une clarification de l'utilisation des notions de « PSE » et « GSE » est ici bienvenue car elles font l'objet d'un emploi différencié par l'ENWHP et PSS pour qualifier les mesures et interventions dans le cadre de la ST. En effet, l'ENWHP parle plutôt de PSE, et selon PSS, la GSE « désigne souvent les mêmes mesures que la PSE » (Eich et Manike : 11). Cependant, la fondation lui préfère la formule GSE qui met selon elle en évidence « le rôle majeur de la gestion dans le cadre de la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé, lesquelles forment un tout et ne se déroulent pas seulement de manière ponctuelle » (Eich et Manike : 11). Nous précisons alors que nous ne ferons non pas de différence entre ces deux expressions dans ce travail, mais entre les termes « mesure » lorsque nous parlerons d'actions isolées et ponctuelles, et « intervention » lorsqu'il sera question de démarches de PSE ou de GSE combinées.

Ainsi, c'est au travers des projets, services et outils de GSE proposés par la fondation PSS aux organisations publiques et privées qu'il nous semble le plus pertinent d'étudier la concrétisation de la promotion de la santé en Suisse. Parmi les diverses offres de PSS, nous choisissons de nous pencher sur le label Friendly Work Space (FWS) qui « définit le standard de qualité suisse pour une mise en œuvre systématique de la gestion de la santé en entreprise » (PSS 2021a), et dont l'obtention se fonde sur la satisfaction à plusieurs critères de qualité pour la GSE (PSS 2017a). Cette offre nous a paru être la plus complète et donc la plus adéquate à traiter pour rendre compte de la manière dont la Charte d'Ottawa est appliquée dans le pays, à son degré le plus abouti, *a priori*.

Cela étant dit, les causes des problèmes de santé mentale des employés et leurs effets peuvent être appréhendés sous différents angles. La présente recherche s'inscrit dans l'approche salutogénique du travail qui se circonscrit au milieu de travail en se focalisant sur les ressources permettant la préservation et l'amélioration de la SMT (Richard 2012). Ce mémoire ambitionne plus précisément de déceler, au sein de

l'organisation constituant notre terrain d'étude, les éléments favorisant l'*empowerment* des employés découlant du processus de labellisation. Cela d'une part, parce que la promotion de la santé vise l'*empowerment* des individus et populations concernées, par leur participation à la gestion de leur santé (OMS 1986 ; Ischer et Saas 2019 ; Arneson et Ekberg 2005 ; Deschamps 2003 ; RÉPFIS 2012). Et d'autre part, parce que la littérature reconnaît en l'*empowerment* un facteur favorable à la santé (Le Bossé 2007 ; Le Bossé et Lavallée 1993 ; Richard 2012 ; Rocha 2016 ; Rocha et al. 2017 ; Petit et Dugué 2013 ; Dallaire 2012 ; Bouffartigue 2012 ; Arneson et Ekberg 2005 ; ÇAVUŞ et Demir 2010 ; Laschinger et al. 2003 ; Collard et Drouard 2015). Cependant, il sera nécessaire de définir de quel *empowerment* nous parlons car ce terme polysémique contient deux racines idéologiques. La première étant celle de la gauche radicale et la seconde étant fondée sur les principes néolibéraux (Askheim 2003, dans Fernandes 2015). Le fait de se baser sur l'une ou l'autre acception mène à effectuer des choix différents en termes d'intervention de PSMT. Ainsi, c'est au travers des concepts d'*empowerment*, de « développement du pouvoir d'agir » (DPA) (Le Bossé 2003) – la traduction française de l'acception radicale de l'*empowerment* – et de « participation » que nous appréhendons les mesures de PSE mises en œuvre par l'organisation labellisée FWS, constituant notre terrain de recherche. En l'occurrence, nous avons choisi de nous pencher sur le cas d'un hôpital public que nous anonymisons. Dans le cadre de ce travail, il s'est alors agi d'ouvrir la boîte noire de cette institution et de déduire le type d'*empowerment* visé au travers de son projet de GSE, en fonction des possibilités de participation offertes aux employés en ce qui concerne leur (bien-être au) travail. À titre de comparaison, nous étudions en parallèle le cas d'une organisation non-labellisée FWS mais fondée sur une structure participative, que nous anonymisons également et nommons l'Entreprise.

En sus des raisons déjà citées, nous choisissons de traiter la problématique sous cet angle parce que la littérature sur le sujet y semble propice. En effet, il est d'abord relevé par de nombreux chercheurs et par PSS que la participation constitue le parent pauvre des interventions pratiquées en

matière de promotion de la santé, alors que les démarches participatives en PS(M)E sont considérées très prometteuses (PSS 2018 ; Ischer et Saas 2019) et d'une importance centrale pour le succès et l'efficacité des interventions de PS(M)T (Muller et Mairiaux 2008 ; LaMontagne et al. 2007 ; Vézina et al. 2006 ; Sarnin et al. 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; Arneson et Ekberg 2005 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Petit et Dugué 2013 ; Friset-Brosseau 2015 ; Detchessahar 2011 ; Hassard et al. 2011). Il nous a paru intéressant de contribuer à cette question. Ensuite, il n'existe pas encore à ce jour en Suisse de travaux qui traitent de la question de la promotion de la santé mentale au travail (PSMT) en plaçant la focale sur le DPA des employés, notamment des soignants, sous le prisme des ambitions de la Charte d'Ottawa.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE ET STRUCTURE DU TRAVAIL

Nous en avons déduit la question de recherche suivante : Dans quelle mesure la politique de promotion de la santé en entreprise proposée par la fondation Promotion Santé Suisse à travers le label Friendly Work Space favorise le développement du pouvoir d'agir des salariés de l'Hôpital quant à leur (bien-être au) travail ?

La première partie de ce mémoire est dédiée à la revue de la littérature existante au sujet de la PSMT. La seconde établit le cadre théorique de l'étude et présente l'hypothèse de recherche. La troisième partie détaille la méthodologie de recherche choisie. La quatrième correspond à l'analyse des données primaires et secondaires. La cinquième constitue la discussion, comprenant l'interprétation des résultats, les limites de l'étude et les recommandations. Enfin, nous concluons et proposons une ouverture.

2 REVUE DE LITTÉRATURE

2.1 RETOUR HISTORIQUE SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le problème de la santé des employés n'est pas nouveau. C'est au 18^e siècle que nous décelons les débuts d'un intérêt pour la souffrance au travail, alors définie comme l'« usure au travail » (Lhuilier 2010a : 11) des classes dites laborieuses réunissant les ouvriers agricoles et les artisans. On s'intéresse alors aux caractéristiques des professions perçues comme générant une usure précoce. Au 19^e siècle, avec la Révolution industrielle, la vitesse de dégradation de la santé des ouvriers s'accroît et la focale se déplace sur les « conditions générales de la fatigue et de l'intensité des tâches » (Lhuilier 2010a : 12). Le stress devient ensuite le centre de l'attention. Les travaux sur les facteurs individuels et organisationnels qui l'engendrent se multiplient jusqu'aux années 1980, succédés par les questionnements liés aux violences d'ordre interrelationnel (Lhuilier 2010a). Enfin, en 2000 émerge une nouvelle notion face à l'escalade de problématiques de dégradation de la SMT (Lhuilier 2010a) causée par de nouveaux facteurs de risques pouvant mener jusqu'au suicide. En effet, les risques psychosociaux (RPS) peuvent engendrer divers problèmes tels que troubles du sommeil, fatigue, stress, détresse psychologique, dépressions, addictions, *burn-out*, suicides, troubles musculosquelettiques (TMS), maladies cardiovasculaires (Detchessahar 2011 ; Lhuilier 2010a ; ANACT 2007 ; Conne-Perréard et al. 2001). Cette notion ajoute une dimension sociale à la dimension individuelle à laquelle celle de stress circonscrivait l'approche de la SMT (Douillet 2010).

2.2 AUGMENTATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL : LES « NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL » EN CAUSE

Si le phénomène de la souffrance psychique au travail est étudié de longue date, son importance et son ampleur croissent depuis plusieurs décennies, comme esquissé plus haut (LaMontagne et al. 2014 ; Harnois et al. 2000 ; Vézina 1996 ; Conne-Perréard et al. 2001 ; Carpentier-Roy 1995) et alerte de plus en plus aux niveaux nationaux et international (Vézina 1996 ; Lhuilier 2010b ; Harnois et al. 2000 ; Rouat 2010). La tendance est aussi haussière en Suisse, comme le démontrent les deux études citées en introduction qui font état d'une augmentation du ressenti de stress et d'exposition des employés à des RPS (Graf et al. 2011 ; OFS 2019).

La santé des populations est influencée par divers facteurs, regroupés en promotion de la santé sous le vocable de « déterminants de la santé » (WHO 1998). Ces derniers englobent « les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales générales [comprenant le milieu de travail], les réseaux sociaux et communautaires et finalement, l'individu » (Friset-Brosseau 2015 : 14). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le travail aurait, plus que d'autres déterminants de la santé, une implication importante dans l'amplification de la problématique au sein de la population (Vézina 1996 ; Carpentier-Roy 1995 ; Rouat 2010 ; Dion-Hubert 1985). Des actions menées dans ce domaine pourraient alors « [contribuer] à la création d'une société en santé » (Friset-Brosseau 2015 : 16), puisque selon Hymel et al. (2011), « le lieu de travail peut être considéré comme un microcosme de la société dans son ensemble et, à ce titre, il peut constituer un cadre efficace pour aborder la santé des individus et des populations » (2011 : 697, notre traduction). Quoi qu'il en soit, la problématique augmente dans le milieu de travail. Bien qu'une causalité directe et univoque entre santé mentale et travail soit difficile à démontrer au vu de la complexité de leurs relations multifactorielles et de la multiplicité des niveaux d'analyse en jeu (Lhuilier 2010b ; Rouat 2010 ; Bègue 2014 ; Davezies 1999 ; LaMontagne et al. 2014 ; Nasse et al. 2008 ; Gollac et Volkoff 2006), une concomitance entre ce phénomène

et celui de la transformation profonde de l'organisation du travail impactant les conditions de travail a pu être démontrée (Lhuillier 2010a ; Detchessahar 2011 ; Rouat 2010 ; Conne-Perréard et al. 2001 ; Bressol 2004, Davezies 1999 ; Ajzen et al. 2015 ; Vézina 1996 ; Sarnin et al. 2012 ; Davezies 2004 ; Carpentier-Roy 1995 ; Vézina et al. 2006 ; ANACT 2007).

Ces nouvelles formes d'organisation du travail (NFOT) résultent d'évolutions contextuelles plus larges (Bressol 2004 ; Ajzen et al. 2015). Les années 1970 voient effectivement se conjuguer ralentissement économique, libéralisation et globalisation économique et financière. Ces phénomènes accroissent la compétition entre les marchés et les États et provoquent ainsi une pression à la rentabilité à court-terme, à la réduction des coûts, l'accélération de la production et la flexibilisation du marché du travail, l'ensemble étant soutenu par le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC). En toile de fond, l'État mute dans son rôle et dans sa forme pour s'inscrire dans la mouvance de la concurrence néolibérale généralisée (Davezies 2004 ; Carpentier-Roy 1995 ; Dion-Hubert 1985 ; Vézina 1996 ; Bouffartigue 2012 ; Ajzen et al. 2015 ; Rouat 2010 ; Detchessahar 2011 ; Conne-Perréard et al. 2001 ; Dardot et Laval 2009 ; Dardot et Laval, 2010). En somme, nous assistons à cette période dans le secteur privé au passage entre des formes d'organisations pyramidales rigides dites traditionnelles, planifiées selon le modèle taylorien-fordien (Ajzen et al. 2015) pour permettre les économies d'échelle dans la production en « masse d'objets [et de services] standardisés » (Davezies 2004 : 4) à des structures se voulant plus horizontales et flexibles, calibrées pour répondre aux variations de la demande de manière toujours plus personnalisée (Ajzen et al. 2015 ; Davezies 2004). Le secteur public de la majeure partie des États membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) intègre quant à lui dès les années 1980 de nouveaux outils de management issus du privé, transformant à l'interne le fonctionnement de l'administration. C'est l'avènement de la nouvelle gestion publique (NGP) (Dayer 2015 ; Emery et Giauque 2012). La

nouvelle gouvernance publique (NGOP) caractérise le positionnement renouvelé de l'État à l'égard de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques (Canet 2004 ; Blais 2006 ; Deneault 2013). En effet, d'actrice principale de l'action publique, agissant selon une logique autoritaire descendante (*top-down*) (Quirion et Bellerose 2007), la puissance publique s'exerce désormais moins par coercition que par négociation, coordination et incitation (Enjolras 2005) au sein d'une configuration plus horizontale, prenant la forme d'un réseau composé d'acteurs multiples en partenariat où les frontières entre secteur public et privé sont brouillées (Canet 2004 ; Deneault 2013 ; Blais 2006 ; Enjolras 2005).

2.3 APPRÉHENDER LA SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL : LA FOCALÉ SUR LES RESSOURCES

La problématique de la SMT peut être conçue de diverses manières. Dans ce travail, nous prenons le parti de ne pas considérer la question sous l'angle des approches disciplinaires qui la traitent, mais en fonction de l'appréhension des causes des problèmes de SMT ou des sources de préservation et amélioration de celle-ci, desquels se déduisent les modalités de gestion du phénomène. Si les approches intégrant une dimension sociale à l'équation en imputent les causes profondes aux transformations socio-structurelles et à leurs effets tant sur le marché du travail que sur les formes d'organisation du travail (Richard 2012 ; Carpentier-Roy 1995 ; Dion-Hubert 1985), certaines circonscrivent l'analyse au milieu de travail. En l'occurrence, la perspective pathogénique considère la SMT en fonction des atteintes qui peuvent être faites à la santé psychique par les « stresseurs », « contraintes » ou « facteurs de risque ». La perspective salutogénique traite quant à elle la question sous le prisme des effets des facteurs favorables à la santé présents sur le lieu de travail. En effet, tout comme pour la santé, la santé mentale peut être définie par rapport à l'absence de « troubles », de « problèmes » ou d'« atteintes » à son encontre (Conne-Perréard et al. 2001 ; Vézina 1996 ; Rouat 2010 ; Richard 2012 ; Derriennic et Vézina

2001) ou par rapport au bien-être (Derriennic et Vézina 2001 ; Richard 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; Le Bossé et Lavallée 1993 ; OMS 1948, dans WHO 1998). Dans cette dernière perspective, l'attention est portée sur les ressources (environnementales et individuelles), c'est-à-dire, les facteurs susceptibles de favoriser la santé mentale et d'actualiser le bien-être au travail (Richard 2012 ; OMS 1986).

2.3.1 L'APPROCHE PATHOGÉNIQUE DU TRAVAIL

L'approche pathogénique du travail sous-tend les interventions de prévention (Richard 2012). Selon Rouat (2010) et Davezies (2004), les travaux menés sur la santé psychique au travail comprise en termes de souffrance ont longtemps été focalisés sur le stress professionnel (2010 ; 2004). Le spectre des causes de la souffrance psychique au travail s'est ensuite élargi à la considération de nouveaux facteurs. L'enquête Sumer développée en 2003 tente de définir l'ensemble des risques professionnels restreints au lieu de travail. Parmi ceux impactant la santé psychique sont répertoriés les RPS et les « contraintes » ou « risques » organisationnels (Bué et al. 2008). S'il n'existe pas de définition universellement reconnue des RPS (Coutrot et Mermilliod 2010), le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail les définit comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Gollac 2012 : 7). Les contraintes organisationnelles « à strictement parler concernent les rythmes de travail, la polyvalence, les marges de manœuvre, le contact avec le public, les possibilités de coopération avec les collègues ou les supérieurs... » (Bué et al. 2008 : 46). Les facteurs de RPS directement liés aux structures de l'organisation du travail répertoriés dans le modèle « Tension au travail » de Karasek (1979), enrichi par Karasek et Theorell (1990) sont regroupés dans trois catégories : les exigences du travail (ou demande psychologique), la latitude décisionnelle et le soutien social (Conne-Perréard et al. 2001). Ainsi, selon le modèle, les situations à risque pour la santé sont « celles où le salarié est confronté à une forte demande psychologique mais dispose d'une faible latitude

décisionnelle » (Bué et al. 2008 : 58). « Le risque est encore aggravé si le salarié bénéficie d'un faible soutien social » (Bué et al. 2008 : 59).

2.3.2 L'APPROCHE SALUTOGÉNIQUE DU TRAVAIL

La SMT peut également être considérée en fonction de la présence de facteurs favorables à la santé dans le milieu de travail. C'est l'une des dimensions sur laquelle se fondent les interventions en PS(M)T (Friset-Brosseau 2015). En effet, la construction d'un environnement favorable à la santé, propre à la dynamique de la promotion de la santé requiert d'une part la capacité pour les employés de préserver certaines ressources importantes pour le maintien de leur équilibre psychique (Richard 2012) et d'autre part, l'action sur les déterminants de la santé présents sur le lieu de travail pour les rendre favorables à celle-ci (WHO 1998 ; OMS 1986 ; Friset-Brosseau 2015 ; Richard 2012 ; Blais 2006). D'aucuns avancent ainsi que les possibilités de participation offertes aux employés constituent un déterminant essentiel sur lequel agir en PS(M)T (Le Bossé 2003 ; Ischer et Saas 2019 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Hassard et al. 2011 ; ÇAVUŞ et Demir 2010 ; La Montagne et al. 2007). Cela parce que les dispositifs participatifs donnent des « moyens d'agir » ou un « pouvoir d'agir » aux premiers intéressés (Friset-Brosseau 2015 ; OMS 1986 ; Leka et Griffiths 2004 ; Le Bossé 2007 ; Le Bossé et Lavallée 1993 ; Richard 2012 ; ÇAVUŞ et Demir 2010) et permet d'orienter efficacement les actions de PS(M)E (Le Bossé 2003 ; Ischer et Saas 2019 ; PSS 2018 ; LaMontagne et al. 2007). La littérature relève plusieurs éléments favorisant la participation effective des employés : la création et l'institutionnalisation d'« espaces de discussion [ou de dialogue] [centrés [ou structurés] sur le travail] » (Bouffartigue 2012 ; Richard 2012 ; Collard et Drouard 2015 ; Rocha 2016 ; Rocha et al. 2017 ; Sarnin, et al. 2012) ; la reconfiguration des circuits de décision selon le « principe de subsidiarité [organisationnelle] » (Petit et Dugué 2013 ; Rocha 2016 ; Rocha et al. 2017) ; la valorisation des « savoirs d'expérience » des travailleurs (Le Bossé et al. 2006 ; Bouffartigue 2012). En somme, il s'agit de dispositifs permettant le développement d'« organisations capacitanes » (Rocha et al. 2017) ou « environnements capacitanes [ou

supportifs] » (Arneson et Ekberg 2005 ; Petit et Dugué 2013 ; Rocha 2016 ; Rocha et al. 2017 ; Deschamps 2003 ; ÇAVUŞ et Demir 2010).

2.4 LA « NOUVELLE SANTÉ PUBLIQUE » : UN CHANGEMENT DE PARADIGME, VERS LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Selon Bergeron, les politiques de santé publique à proprement parler émergent au 18^e siècle sous le nom de l'hygiène publique (Bergeron 2010). Soutenues par une approche populationnelle elles se différencient des politiques curatives, modèle dominant au début du 20^e siècle en Occident, circonscrites au champ médical et envisageant la santé comme un état exempt de maladie (Friset-Brosseau 2015 ; Blais 2006). L'approche préventive émergeant par la suite et s'articulant avec le modèle curatif (Blais 2006) est fondée sur une conception holistique de la santé, définie par l'OMS en 1946, en réponse aux critiques faites à l'approche médicale jugée trop circonscrite à la santé physique et à sa restauration (Friset-Brosseau 2015). En effet, la prévention de la maladie vise à « prévenir l'apparition de maladies » (Friset-Brosseau 2015 : 12) et se focalise de ce fait sur la détection et l'élimination des facteurs de risque, considérant comme tels les facteurs individuels (styles de vie ou comportements individuels à risque) (Blais 2006 ; Friset-Brosseau 2015). Dans cette approche, l'État-Providence centralise l'action publique. Le système de santé et particulièrement le corps médical sont les principaux acteurs de la santé publique (Blais 2006). Les limites de ce système apparaissent entre les années 1960 et 1970 avec l'augmentation des maladies chroniques et non-transmissibles, conjointement à l'explosion des coûts de la santé et aux bouleversements macro-économiques (Blais 2006 ; Renschler et al. 2005, OFSP 2011 ; Davezies 2004 ; etc., voir *supra* p. 10).

On voit ainsi dans cette période se dessiner les prémisses de la promotion de la santé (OFSP 2011) qui sera véritablement impulsée et institutionnalisée au niveau international par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, lors de la première conférence internationale pour

la promotion de la santé, organisée sous l'égide de l'OMS, en 1986 (RÉFIPS 2012). En Suisse, les 26 cantons créent alors en 1989 la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Puis, c'est le projet de loi introduisant la LAMal proposé en 1991 qui déclenche le processus d'institutionnalisation de la promotion de la santé. En effet, adoptée en 1994 et mise en œuvre en 1996, la LAMal exige la création d'un organisme national de promotion de la santé, qui naît en 1998 sous le nom de Fondation 19. Elle deviendra la fondation Promotion Santé Suisse, en 2002 (PSS 2013).

Le « texte marque une étape importante dans l'histoire de la santé publique moderne en affirmant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, et plus particulièrement sur les déterminants sociaux de la santé » (RÉFIPS 2012 : 5). En effet, le modèle écologique prenant racine dans l'approche préventive tout en la dépassant (Blais 2006) intègre les influences environnementales sur la santé des individus (Friset-Brosseau 2015) et incite à agir dessus en travaillant à produire en amont les conditions nécessaires à la santé (Blais 2006 ; Friset-Brosseau 2015). La promotion de la santé comprend ainsi à la fois des actions visant à encourager l'individu à développer ses compétences en matière de santé afin qu'il soit à même de faire des choix qui lui soient favorables (OMS 1986 ; Richard et al. 1999 ; Bergeron 2010 ; Renschler et al. 2005), « des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes » (WHO 1998 : 1) et « procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification » (OMS 1986 : 2). L'objectif final étant de favoriser la co-construction d'un environnement qui offre les conditions qui permettent aux individus et populations d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé (WHO 1998 ; OMS 1986 ; Ischer et Saas 2019 ; Richard et al. 1999 ; Bergeron 2010 ; Renschler et al. 2005).

L'objectif de la nouvelle santé publique est facilité par la transformation de l'État qui mue de sa forme providentielle à sa forme néolibérale,

induisant un « retrait progressif des professionnels traditionnels et de l'État de l'administration de la santé publique » (Blais 2006 : 26) et s'appuyant sur « la responsabilisation des citoyens et la participation de la communauté » (Renschler et al. 2005 : 3) dans la prise en charge de la santé (Blais 2006).

2.5 LA PROMOTION DE LA SANTÉ (MENTALE) AU TRAVAIL

Les ressorts de la PSMT sont similaires. Selon PSS, la PS(M)E est définie comme faisant partie, avec la protection de la santé, du concept de GSE (PSS 2017a) qui met « l'accent sur l'intégration systématique du point de vue de la santé dans les structures d'exploitation, les procédures ainsi que les processus de décision de l'entreprise... » (Bertschinger et Merz Wagenaar 2013 : 6). La PSE quant à elle résulte :

Des efforts combinés des employeurs, des salariés et de la société en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Cet objectif est atteint par l'association des approches suivantes : amélioration de l'organisation du travail et des conditions de travail ; promotion de la participation active des collaborateurs ; renforcement des compétences personnelles. (Eich et Manike 2013 : 11)

Ainsi, la PS(M)T intègre en fait des approches préventives et de promotion de la santé car elle prône l'importance d'approches combinées visant à la fois l'identification et la réduction des « facteurs de risque individuels [, ...] organisationnels et environnementaux » (Friset-Brosseau 2015 : 22), en sus de l'intervention sur l'environnement, en amont de « l'observation de tels risques » (Friset-Brosseau 2015 : 5), c'est-à-dire, sur les déterminants de la santé (Friset-Brosseau 2015). Ce dernier point est propre à la promotion de la santé et englobe tant des actions d'éducation à la santé (campagnes d'information, programmes de gestion du stress, par exemple) (PSS 2018), des aménagements ergonomiques et infrastructurels du lieu de travail (mise à disposition d'une salle de fitness, par exemple) (PSS 2018 ; Bertschinger et Wagenaar 2013) visant à encourager et faciliter l'adoption de comportements

favorables à la santé, que la promotion de la participation des employés à la détection des problèmes et à l'élaboration des solutions (WHO 1998 ; Friset-Brosseau 2015 ; Ischer et Saas 2019 ; LaMontagne 2014). Si divers types de démarches existent dans le champ de la SMT, nous constatons à travers la revue de la littérature et avec Arneson et Ekberg (2005) que plusieurs d'entre elles sont associées à des interventions de PST alors qu'elles découplent les trois approches qui lui sont consubstantielles (2005) et dont la combinaison est nécessaire à l'atteinte de son objectif (ENWHP 2007 ; Eich et Manike 2013 ; Friset-Brosseau 2015). De même et à notre connaissance, de nombreuses interventions dites de PSE privilégient les programmes axés sur la prévention des risques, s'inscrivant dans une conception pathogénique du travail, à ceux fondés sur la promotion de la santé, incluant une perspective salutogénique (Arneson et Ekberg 2005 ; Noblet et LaMontagne 2006).

2.5.1 L'APPROCHE PRÉVENTIVE

Pour ce qui est de la prévention, elle peut être mise en œuvre à différents niveaux, via des actions visant soit l'organisation du travail, soit l'individu. On parle alors de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le but de la **prévention primaire** est de prévenir les atteintes à la SMT en s'attachant à réduire ou éliminer les facteurs de risque, plutôt par la modification de l'organisation du travail. Les actions de **prévention secondaire** sont centrées sur l'individu et visent à modifier la manière dont ce dernier perçoit et répond aux stressors, ou en soulageant les effets (Rouat 2010 ; Noblet et LaMontagne 2006 ; LaMontagne et al. 2007 ; LaMontagne et al. 2014). Cela est effectué au travers d'ateliers de gestion du stress et de relaxation, de techniques de développement personnel tels que la méditation ou encore le coaching (Davezies 2004 ; Vézina 1996 ; Brunel 2016). Il semble que ce type de mesures soit qualifié par certains de prévention secondaire et par d'autres d'actions de promotion de la santé. Leur point commun étant qu'elles visent les individus et la transformation de leurs comportements, nous les qualifierons désormais comme telles, par souci de clarté. La **prévention tertiaire** consiste en le traitement et le recouvrement de la santé après la

survenue d'un problème de santé (LaMontagne et al. 2014). Parmi ces démarches, les interventions les plus efficaces, générant des effets significatifs et durables, seraient celles de niveau primaire car elles s'attaquent aux causes des problèmes (Rouat 2010 ; LaMontagne et al. 2007 ; St-Arnaud et al. 2010). Plusieurs scientifiques s'accordent à dire que ce sont aussi celles qui sont le moins mises en œuvre, alors que la prévention secondaire et la prévention tertiaire prédominent malgré leur moindre efficacité prises isolément (Noblet et LaMontagne 2006 ; LaMontagne et al. 2007 ; LaMontagne et al. 2014 ; Vézina et al. 2006 ; Sarnin et al. 2012 ; Rouat 2010 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Hassard et al. 2011 ; Arneson et Ekberg 2005 ; PSS 2018), générant des effets d'ampleur limitée et sur le court-terme, cela tant sur la SMT que sur la performance des organisations (Noblet et LaMontagne 2006 ; Rouat 2010).

Les actions centrées sur les individus tendraient également à répondre à l'individualisation et à individualiser en retour les problèmes de SMT qui trouvent leur origine dans les structures organisationnelles (Lhuillier, 2010a ; Bouffartigue 2012 ; Maranda 1995 ; Rouat 2010 ; Davezies 2004 ; PSS 2018), bien que les effets varient en fonction des individus et de leurs caractéristiques propres (Sarnin et al. 2012 ; Noblet et LaMontagne 2006). Cela aurait un effet pervers aggravant car susceptible d'induire l'apparition de ces problèmes par « l'intériorisation de la contrainte sociale » (Brunel 2016 : 109), d'autant plus que l'action sur les causes est refusée (Parker et DeCotiis 1983 ; Carpentier-Roy 1995 ; Rouat 2010). La raison de cette individualisation serait due au fait qu'il existerait un consensus sur l'importance des problèmes de SMT, mais des divergences quant à leurs origines et donc, sur la manière de les traiter (Vézina 1996). En effet, au sein des organisations, mais aussi des gouvernements circulerait une représentation de la santé psychique comme étant un problème individuel, dont la gestion serait du ressort des individus (PSS 2018 ; Sivris et Leka 2015 ; Rouat 2010 ; Loriol 2005 ; Davezies 2004 ; Maranda 1995). La complexité des liens entre santé mentale et travail favoriserait ainsi selon Lhuillier (2010b) « le recours à

l'explication causale par les vulnérabilités individuelles » (2010b : 35). Dans cette optique, les problèmes de SMT seraient dus aux difficultés d'adaptation des individus à leur environnement qui lui, ne changera pas (Vézina 1996 ; Maranda 1995). La rareté des démarches de niveau primaire serait aussi due à leurs coûts conséquents en termes de temps (RÉFIPS, 2012), de « ressources humaines, matérielles et financières » (St-Arnaud et al. 2010 : 6).

Bien que la prévention primaire soit considérée efficace, la littérature investiguée lui préfère les approches préventives combinées, globales ou systémiques, visant tant l'individu que l'organisation (LaMontagne et al. 2014 ; Noblet et LaMontagne 2006 ; LaMontagne et al. 2007 ; Hassard et al. 2011 ; Rouat 2010 ; Vézina et al. 2006 ; Sivris et Leka 2015), où les trois niveaux précités se complètent et se renforcent, visant ainsi tant les causes que les conséquences des problèmes (LaMontagne et al. 2007 ; LaMontagne et al. 2014). Mais encore, le type d'intervention prôné est la combinaison d'actions de prévention et de promotion dans une approche intégrée (Sivris et Leka 2015 ; Friset-Brosseau 2015 ; LaMontagne et al. 2014 ; Hassard et al. 2011 ; PSS 2018 ; Parker et DeCotiis 1983). Enfin, selon Sarnin et al. (2012), quand des démarches visant l'organisation du travail sont mises en œuvre, elles le sont sans que l'articulation entre la structure globale et l'action locale ait été préalablement adéquatement pensée (2012 : 260). La réalité du travail concret est donc peu prise en compte dans la conception des mesures (2012). Ainsi, suivant plusieurs scientifiques, nous déterminons que le modèle le plus adéquat et le plus proche de la définition de la PST correspond aux interventions écologiques qui ambitionnent de déployer une action simultanée sur les facteurs individuels et collectifs, le tout développé via un processus démocratique et participatif intégrant les employés dans la réalisation du projet (Muller et Mairiaux 2008 ; Friset-Brosseau 2015 ; LaMontagne et al. 2007 ; Arneson et Ekberg 2005).

2.5.2 L'APPROCHE PARTICIPATIVE

C'est ainsi que de nombreux auteurs donnent une importance centrale aux dispositifs favorisant la participation des bénéficiaires aux discussions et à la conception des mesures pour la réussite et l'efficacité des interventions en S(M)T et de PS(M)T (LaMontagne et al. 2007 ; Vézina et al. 2006 ; Sarnin et al. 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Arneson et Ekberg 2005 ; Petit et Dugué 2013 ; Detchessahar 2011 ; Friset-Brosseau 2015). En effet, le recours à l'expertise de l'ensemble des participants permet l'ajustement des actions au contexte spécifique de l'organisation (Ischer et Saas 2019 ; St-Arnaud et al. 2010 ; LaMontagne et al. 2007) tout en, selon LaMontagne et al. (2007), augmentant le « contrôle », « sentiment d'équité et de justice, » et « soutien » du travailleur (2007 : 270, notre traduction), ainsi que son adhésion au programme (Hassard et al. 2011). Bourbonnais et al. (2006) fournissent par ailleurs l'évaluation d'une intervention participative au sein d'un hôpital faisant état de son efficacité sur la réduction de plusieurs RPS, à la différence du cas du groupe contrôle (2006). Pourtant, les mesures participatives ont encore une place marginale dans l'ensemble des projets de GSE, en général et en Suisse (Ischer et Saas 2019 ; PSS 2018 ; Muller et Mairiaux 2008 ; Sarnin et al. 2012). Parmi les raisons explicatives, outre la « méconnaissance du champ de la promotion de la santé » (Richard et al. 1999 : 101) et les raisons précitées pour le cas de la prévention primaire figure la modification des relations de pouvoir qu'induisent ces démarches (Muller et Mairiaux 2008). En effet, les dispositifs participatifs promus dans la littérature, qui viseraient en l'occurrence la configuration d'environnements capacitants, sont supposés permettre l'engagement d'un processus d'*empowerment*, dans son sens radical, ou de DPA (Sarnin et al. 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Richard 2012 ; Le Bossé 2003). Cela constitue d'après certains un véritable changement de paradigme (St-Arnaud et al. 2010).

3 CADRE THÉORIQUE

À la lumière de ce qui précède, nous nous engageons dans une analyse des politiques de promotion de la santé mentale en entreprise (PSME) à travers le prisme du récit de l'*empowerment*, dans le cadre du néolibéralisme. Nous postulons qu'après que se soit produit un changement de paradigme dans la conception de l'administration de la santé publique, un nouveau récit de politiques publiques s'étant développé à la faveur d'une impasse économique en a dénaturé le sens et la finalité. Ce phénomène rend perceptible le « pouvoir performatif des idées dans la conduite et le changement des politiques publiques » (Maillard et Kübler 2015 : 175).

3.1 LA PERSPECTIVE SALUTOGÉNIQUE DU TRAVAIL REND ACTEUR

Nous choisissons d'analyser la politique de PSME en question dans une perspective salutogénique, en nous focalisant sur les aspects participatifs car l'approche pathogénique véhiculerait une représentation du travailleur comme passif, subissant son environnement. En effet, l'approche fondée sur la prévention primaire ne rendrait pas forcément service aux employés car s'inscrit dans une approche *top-down* qui mènerait à leur désresponsabilisation quant aux questions liées à leur bien-être au travail (Collard et Drouard 2015 ; Gollac 2012 ; Bouffartigue 2012). Or, selon Richard (2012), c'est quand il devient acteur que la santé du travailleur s'améliore (2012). L'intérêt des environnements capacitants est reconnue car l'implication des premiers concernés dans les discussions et décisions liées à l'organisation du travail y est institutionnalisée après une reconfiguration de la structure décisionnelle, favorisant leur *empowerment* (Richard 2012 ; Collard et Drouard 2015 ; Davezies 2004 ; Le Bossé 2003 ; Hassard et al. 2011 ; Sarnin et al. 2012 ; ÇAVUŞ et Demir 2010).

Nous nous inscrivons donc dans l'approche des « théories de la santé orientées sur l'action » (Arneson et Ekberg 2005 : 352) qui définissent l'*empowerment* comme essentiel à la promotion de la santé (Arneson et Ekberg 2005). C'est ainsi au travers des concepts d'*empowerment* et de participation que nous appréhendons les mesures de GSE établies par l'organisation labellisée. Il s'agit d'abord de faire le clair sur ces notions qui s'entremêlent dans le cadre de la promotion de la santé.

3.2 **EMPOWERMENT, LE CONCEPT**

Le Bossé et Lavallée (1993) constatent que la généralisation de l'utilisation du concept le mène à « recouvrir un ensemble de réalités empiriques différentes et parfois contradictoires » (1993 : 14). C'est ce que nous tentons de clarifier dans cette partie. Ce concept polysémique est multidimensionnel – il renvoie à une idéologie, un processus et un résultat – et multiniveau, s'appliquant aux communautés, organisations et individus (Lemay 2007 ; Bacqué et Biewener 2013). Selon Fernandes (2015), la notion d'*empowerment* fait écho à un processus visant à réaliser un transfert de pouvoir à des individus ou des groupes qui en étaient jusque-là dépossédés. Le concept contient une dimension individuelle et une dimension structurelle (2015). Ainsi, selon le modèle d'*empowerment* appliqué, le transfert de pouvoir peut être effectué par la mise en œuvre d'actions visant la transformation des comportements individuels, dans une optique *top-down* (Wilkinson 1998 ; Calvès 2009), ou la transformation articulée des comportements individuels et des structures collectives, dans une dynamique *bottom-up* et *top-down* (Lemay 2007 ; Calvès 2009 ; Dallaire 2012 ; Le Bossé 2003 ; Le Bossé 2007 ; Arneson et Ekberg 2005).

En effet, selon Bacqué et Biewener (2013), il existe trois modèles d'*empowerment* : le modèle radical, le modèle social-libéral et le modèle néolibéral. Par souci de cohérence et de pertinence nous choisissons de ne pas traiter le second, qui ne s'intègre pas aisément dans le cadre d'analyse choisi pour ce travail (2013). Le premier modèle, né au sein du

mouvement féministe au cours des mouvements pour les droits civiques aux États-Unis dans les années 1970 (Fernandes 2015), a pour objectif une émancipation individuelle et collective en favorisant « la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent » (Le Bossé 2003 : 32). Le second s'affirme au cours des années 1990 comme une « dimension des politiques publiques » (Bacqué et Biewener 2013 : 28) et entend disséminer les valeurs marchandes et entrepreneuriales dans l'ensemble de la société afin de donner aux individus la possibilité « d'exercer leurs capacités individuelles et de prendre des décisions « rationnelles » dans un contexte d'économie de marché » (Bacqué et Biewener 2013 : 29). Cela doit permettre de gérer les problèmes d'inégalités, entendues comme relevant de la capacité d'accès aux opportunités (Bacqué et Biewener 2013).

3.3 LA GOUVERNEMENTALITÉ NÉOLIBÉRALE, UN RÉCIT ENRÔLEUR

Ainsi, le récit néolibéral prend racine et pertinence dans un contexte de crise économique que son projet doit permettre de traverser en palliant les difficultés croissantes de l'État à répondre aux attentes des citoyens et usagers des services publics (Pitseys et Thiry 2016 ; Dayer 2015 ; Renschler et al. 2005). L'État social est alors présenté comme un obstacle à la croissance économique à cause de « la lourdeur de l'appareil institutionnel » (Quirion et Bellerose 2007 : 42) et le sentiment de déresponsabilisation des individus qu'il engendre par ses politiques d'assistance et de redistribution des richesses (Dardot et Laval 2009 ; Capocci 2015). L'objectif d'efficacité économique doit ainsi s'armer de politiques visant conjointement la « [diminution des] coûts de fonctionnement des services publics » (Dardot et Laval 2010 : 43) et l'adaptation de l'individu au contexte de compétition économique mondiale (Dardot et Laval 2009 ; Dardot et Laval 2010). Sont ainsi promues dans un double mouvement la stigmatisation de la dépendance à l'État et la valorisation de l'individu rendu plus autonome par la

« responsabilisation libératrice » (Capocci 2015 : 2). Ce mode de « gouvernement à distance » (Noury 2010 : 325) fondé sur l'*empowerment* dans son acception néolibérale serait davantage économique et efficace (Dardot et Laval 2010) car vise à « faire que chacun se gouverne au mieux lui-même » (Fassin et Memmi 2004, dans Bergeron 2010 : 105).

Pour ce faire, l'État se fait le « vecteur essentiel » (Dardot et Laval 2010 : 37) de la généralisation de la concurrence par les réformes mises en œuvre en son sein et dans sa manière d'intervenir dans la sphère publique (Dardot et Laval 2010 ; Emery et Giauque 2012 ; Dayer 2015) dans le but de la renforcer « sur les marchés existants, mais [également de la créer] là où elle n'existe pas encore » (Dardot et Laval 2009 : 307). La diffusion de la logique marchande au-delà de la sphère économique et productive (Dardot et Laval 2010) est réalisée par l'érection d'un cadre institutionnel et juridique soutenant la libre concurrence (Pitseys et Thiry 2016) et l'édiction d'un système de normes (Klein 2011) véhiculant les valeurs et impératifs marchands de performance et de rentabilité économique et financière qui ont vocation à être intériorisés par les individus (Dardot et Laval 2010). S'effectue ainsi un « transfert de responsabilité de l'État vers les individus et le secteur privé » (Capocci 2015 : 2), comme l'affirment également Bergeron (2010) et Blais (2006).

Selon Foucault (s.d.), cité par Dardot et Laval (2009), la « gouvernementalité néolibérale » est un mode de « gouvernement de société » (2009 : 209) propre aux sociétés de marché qui exerce une action disciplinaire sur les « individus supposés libres de leurs choix » (Dardot et Laval 2009 : 299) en structurant leur champ d'action en amont. Cela permet une forme de « conduite des conduites » (Foucault s.d., dans Dardot et Laval 2009 : 301) s'apparentant à un « système de contrainte intériorisée » (Dardot et Laval 2010 : 46) qualifié de coercition sans contrainte apparente (Dardot et Laval 2010). Cette gouvernementalité serait sous-tendue par une conception de l'être humain qui valorise l'« entrepreneurial de soi » (Dardot et Laval 2009 : 402). En effet, le « sujet néolibéral » (Dardot et Laval 2009 : 402) est considéré « propriétaire de

« capital humain » » (Dardot et Laval 2009 : 427) qu'il doit accumuler par la réalisation de choix rationnels fondés sur « un calcul responsable des coûts et des avantages » (Dardot et Laval 2009 : 427) en fonction des informations dont il dispose, dans un environnement configuré selon la logique marchande (Bergeron 2010).

Ce mode de gouvernement par la diffusion de normes dont l'intériorisation est soutenue par la mise en place de divers dispositifs incitatifs s'apparente à la technique de pouvoir qualifiée de « biopolitique » par Foucault (Flückiger 2018 ; Dardot et Laval 2009). Il s'agit de la « gestion politique de la vie des populations » (Klein 2011 : 35) à travers des « biopouvoirs » dont la santé publique fait aussi partie (Klein 2011). En effet, la forme de biopolitique à l'œuvre dans le cadre néolibéral règle « la vie sociale de l'intérieur » (Hardt et Negri 2000 : 18). « La norme [agit] sur l'intériorité de nos comportements » (Flückiger 2018 : 212) de manière incitative, à la différence de « la loi qui intervient sur le versant extérieur de nos actions visibles » (Flückiger 2018 : 212) et est de nature répressive (Flückiger 2018). Dans le contexte de la gouvernementalité néolibérale de la santé publique, « la centralité de l'individu s'inscrit dans la perspective d'une nouvelle forme *individualisante* de biopolitique dont la particularité est de gouverner à distance les conduites de santé » (Noury 2010 : 317) de l'ensemble de la population (Noury 2010). Cela implique pour l'individu d'apprendre les comportements favorables à la santé, de manière à devenir autonome et responsable (Noury 2010 ; Blais 2006) tout en évitant d'adopter des comportements risqués associés au choix de certains styles de vie (Bergeron 2010). Ainsi, les acteurs impliqués dans la construction et la mise en œuvre des politiques de promotion de la santé œuvrent activement à la construction d'environnements incitatifs, en s'attachant à créer les conditions et développer des dispositifs devant orienter les volontés (Pitseys et Thiry 2016) et décisions des individus en « [transformant], de l'intérieur, les représentations, attitudes ou croyances qui sont au principe des comportements à risques » (Bergeron 2010 : 88).

3.4 L'EMPOWERMENT NÉOLIBÉRAL

Le modèle d'*empowerment* néolibéral ou managérial se circonscrit ainsi à la dimension individuelle du concept sans prendre en considération la dimension structurelle des rapports de pouvoir. Bien qu'il soit parfois qualifié d'« *empowerment* structurel » dans la littérature managériale et sur la S(M)T, le modèle néolibéral dévie de son sens originel (Wilkinson 1998 ; Brunel 2016 ; Calvès 2009) en ce qu'il renvoie à une conception individualiste des notions d'*empowerment* et de pouvoir (Calvès 2009), les rendant synonymes de capacité individuelle et de responsabilisation. La participation se comprend alors comme autonomisation, gain de marge de manœuvre et de latitude décisionnelle quant à la manière de réaliser son travail ou ses tâches, dans un cadre déterminé par le management, dans une logique *top-down* (Wilkinson 1998 ; Calvès 2009). Si certains démontrent que ce type d'*empowerment* structurel permet l'émergence d'un sentiment d'*empowerment* psychologique bénéfique pour la santé psychique des employés (Laschinger et al. 2003), selon Wilkinson (1998), il reste qu'il s'agit d'un *empowerment* « à l'intérieur du système et non sur le système » (1998 : 49).

Nous percevons ainsi de quelle manière s'inscrivent les mesures de PSME centrées sur les individus, encore appelées « technologies de soi » (Foucault s.d., dans Bergeron 2010), dans la conception néolibérale de l'*empowerment*. Elles sont selon nous sous-tendues par la conception du « sujet néolibéral » (Dardot et Laval 2009 ; Noury 2010). Elles visent à agir sur la perception que les individus ont des situations stressantes ou problématiques afin de modifier leurs réactions aux contraintes pour qu'ils apprennent à s'y adapter (LaMontagne 2014 ; Vézina 1996 ; Maranda 1995 ; Brunel 2016). Si l'individu rencontre des problèmes de SMT, c'est à lui d'y remédier grâce aux outils qui lui sont proposés dans son environnement. Nous retrouvons l'idée d'individualisation de problèmes ayant une origine collective (Davezies 2004 ; Loriol 2005 ; Maranda 1995 ; Brunel 2016), avec les effets que cela entraîne (Parker et DeCotiis ; etc., voir *supra* p. 18).

En somme, la problématique qui se pose lors du tournant néolibéral et qui s'exprime dans le domaine de la PSMT est la disparition de la composante structurelle de l'*empowerment* et avec elle le questionnement des rapports de pouvoir induits par les structures collectives. Selon Comby (2014), l'individu se retrouve ainsi au centre des interventions étatiques par un mouvement de dépolitisation des problèmes publics qui mène à l'individualisation des problèmes collectifs (2014). Quand l'État-Providence reconnaît que certaines catégories sociales sont structurellement désavantagées et « [s'attaque] plus directement aux facteurs sociaux et économiques des inégalités de santé » (Bergeron 2010 : 102) par le biais de mesures universelles (Blais 2006), l'État néolibéral a pour rôle de construire un environnement dans lequel les individus sont laissés libres et responsables de leurs choix, en occultant les logiques qui échappent à leur volonté (Noury 2010). Ainsi, « le conflit social est bloqué parce que le pouvoir est illisible » (Dardot et Laval 2009 : 444).

3.5 L'EMPOWERMENT RADICAL OU LE « POUVOIR D'AGIR »

À la différence de l'*empowerment* néolibéral, le modèle radical que nous nommerons aussi *empowerment* « véritable » (Ischer et Saas 2019) ou « pouvoir d'agir » (PA) (Le Bossé 2003) tient compte des dimensions structurelles et individuelles dans le but de transformer les conditions existantes et non dans celui de mener les acteurs à s'y adapter (Le Bossé 2003 ; Le Bossé 2007 ; Bacqué et Biewener 2013). En effet, le DPA repose sur la reconfiguration des relations de pouvoir, permettant aux acteurs concernés de se trouver « au cœur de la définition du changement » (Le Bossé 2003 : 35) ou en d'autres termes, « de la définition des problèmes et des solutions (Le Bossé 2007 : 8). Cette reconfiguration se produit par la conscientisation critique qui permet de déconstruire « l'oppression intériorisée » (Dallaire 2012 : 7) conjuguée à :

[...] une mise en action qui suppose à la fois la disponibilité de ressources individuelles (les compétences, le sentiment d'efficacité personnelle, la capacité à formuler et à conduire un projet, etc.) et collectives (la présence de

possibilités d'actions individuelles et collectives, la disponibilité des budgets, des informations, les conditions d'accès et d'utilisation des services, etc.). L'empowerment se caractériserait donc par cette articulation entre la mise en action et la disponibilité des ressources qu'elle requiert [pour *être en mesure* d'accomplir] l'action envisagée. (Le Bossé 2003 : 44)

Il s'agit alors d'intervenir sur les individus et groupes dominés autant que sur les structures collectives inégalitaires, dans le but de leur permettre de s'affranchir de cette domination et d'agir pour améliorer leur propre situation de vie (Lemay 2007 ; Calvès 2009) ou leur santé. Dans cette optique, l'*empowerment* individuel ou psychologique constitue une composante du processus d'*empowerment* véritable ou de DPA (Le Bossé 2003). Et l'*empowerment* structurel en est la seconde composante, synonyme de partage de pouvoir et de redistribution des ressources individuelles et collectives qui peut se réaliser autant à travers une logique *top-down* que *bottom-up* (Le Bossé 2007 ; Arneson et Ekberg 2005 ; ÇAVUŞ et Demir 2010). Nous percevons d'ailleurs que c'est sous l'angle du DPA que Deschamps (2003) conçoit l'objectif-même d'« acquisition d'aptitudes individuelles [...] indispensables à la vie [menant à] exercer un plus grand contrôle sur [sa] propre santé » (OMS 1986 : 4). Nous y reconnaissons l'un des trois piliers stratégiques d'intervention de la PSE (ENWHP 2007) qui ne se restreindrait dès lors pas au renforcement de compétences en matière de santé via l'information et l'éducation à la santé, mais consisterait aussi à :

Aider les personnes à agir en citoyens [ou employés] responsables, à s'informer, à prendre la parole, à intervenir dans les grands débats de société, à s'investir dans des actions communautaires... Donner les compétences permettant de décrypter les mécanismes sociaux et économiques générateurs d'altération de la santé et de s'organiser pour agir localement (ou à un échelon plus élevé) afin d'y faire obstacle... Il s'agit vraiment là de contribuer à l'acquisition de compétences en vue « *d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé* » et sur les déterminants de celle-ci. (Deschamps 2003 : 321)

Cela étant dit, selon la littérature, les interventions de PS(M)E les plus efficaces parmi celles intégrant une dimension participative, sont celles

permettant le DPA des travailleurs (Hassard et al. 2011 ; Sarnin et al. 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; Arneson et Ekberg, 2005 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Petit et Dugué 2013 ; Detchessahar 2011 ; Friset-Brosseau 2015 ; Richard 2012 ; Vézina et al. 2006). Par ailleurs, Le Bossé et Lavallée (1993), se fondant sur les acquis de la psychologie communautaire définissent le PA comme un meilleur indicateur de bien-être que les indicateurs traditionnels de santé mentale (estime de soi, sentiment de compétence, etc.). Cette dernière approche est considérée partielle car réduite aux seules caractéristiques individuelles alors que « le vécu d’empowerment [...] tient compte à la fois des perceptions subjectives de l’individu et des conditions objectives qui caractérisent son contexte social » (1993 : 13). De plus, du fait du caractère régulier de l’expérience d’*empowerment* généré par la fréquence de la mise en action que le processus requiert, les bénéfices psychologiques s’étendront à l’ensemble des indicateurs traditionnels et non à l’une des dimensions uniquement (Le Bossé et Lavallée 1993).

L’approche par le DPA est ainsi particulièrement appropriée au cas de la PSMT compte tenu de l’importance donnée à la participation des acteurs concernés dans le développement de solutions adaptées à leurs besoins, dans le contexte spécifique de leur exercice (Ischer et Saas 2019 ; PSS 2018 ; Le Bossé 2003 ; St-Arnaud et al. 2010 ; LaMontagne et al. 2007 ; Friset-Brosseau 2015). En effet, selon Le Bossé et al. (2006), il s’agit de générer des connaissances pratiques, appliquées à des contextes locaux, ponctuels et variés plutôt que des vérités universelles dont les professionnels ne savent vraiment que faire puisqu’elles s’appliquent difficilement à leur pratique concrète (2006). Plusieurs auteurs soulignent ainsi l’importance de faire du lieu de travail une organisation ou un environnement capacitant ou supportif, en d’autres termes de faire de l’organisation un environnement participatif (Rocha et al. 2017 ; Arneson et Ekberg 2005 ; Petit et Dugué 2013 ; ÇAVUŞ et Demir 2010).

3.6 PARTICIPATION ET « ENVIRONNEMENT CAPACITANT »

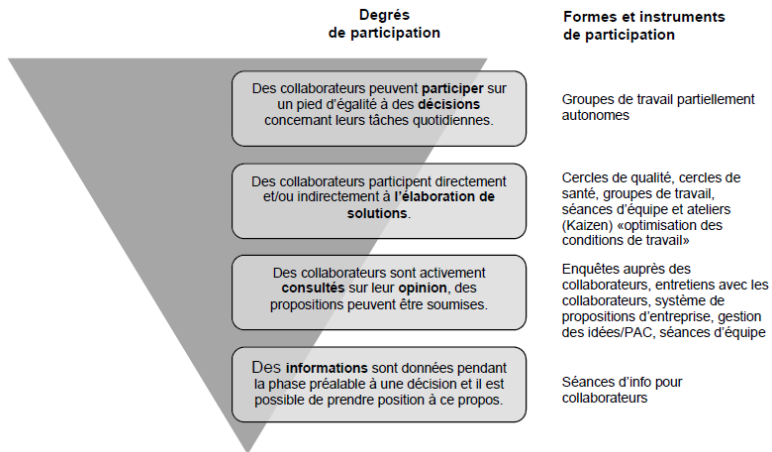
Ainsi, le DPA des travailleurs et les possibilités structurelles de participation sont essentiels au succès du traitement systémique d'une intervention de PSMT (Muller et Mairiaux 2008 ; LaMontagne et al. 2007 ; etc., voir *supra* p. 20 ; Hassard et al. 2011 ; etc., voir *supra* p. 29). De même, les possibilités de participation des acteurs concernés à la définition du problème et à la conception des solutions est une condition du processus d'*empowerment* véritable (Le Bossé et Lavallée 1993 ; Le Bossé 2003 ; Le Bossé 2007 ; Lemay 2007 ; Arneson et Ekberg 2005 ; ÇAVUŞ et Demir 2010 ; Calvès 2009). Avant de présenter les dispositifs et principe favorisant l'actualisation de la participation effective des employés dans une perspective de DPA, attardons-nous à définir la notion de participation.

Selon Dubas (2006), la participation est mise à l'honneur des discours politiques dans le contexte de la nouvelle gouvernance de l'action publique suisse. Elle est selon lui vue soit comme un nouvel outil de gouvernance, soit dans la perspective plus large de la démocratie participative (2006). Selon la typologie de la participation basée sur l'« échelle de la participation citoyenne » d'Arnstein (1969), il en existe en effet :

Quatre niveaux [...] avec un degré de participation croissant, [soit] l'information (en tant que condition pour la participation), la consultation (sollicitation d'un avis par rapport à un projet déjà élaboré), la concertation (association à l'élaboration d'un projet plus en amont), et finalement la co-décision (participation directe à l'élaboration de la décision, voire une gestion déléguée). (Dubas 2006 : 22)

Ischer et Saas (2019) définissent la participation en promotion de la santé comme s'agissant d'un « processus social où un groupe d'individus va prendre part 1) à l'identification de ses besoins, 2) aux processus décisionnels et 3) à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins » (2019 : 12). Si la définition précédente ne s'annule pas dans le cadre spécifique de la PS(M)T, nous pouvons lui adjoindre avec Frisette

Brosseau (2015) qu'« il y a participation des employés au processus lorsque ceux-ci sont impliqués dans les différentes étapes d'une démarche de PST [...] qui sont essentiellement la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et l'amélioration des activités » (2015 : p.i). De son côté, la fondation PSS propose d'évaluer la participation au regard de plusieurs dimensions. La participation peut en effet être de nature directe ou indirecte (via la représentation collective, les syndicats) et s'effectuer dans divers domaines (sur la place et les moyens du travail, sur les tâches et contenu du travail, sur l'organisation du travail, le temps de travail, sur les aspects stratégiques, etc.). Les processus participatifs peuvent également être de divers degrés d'intensité et formes, reprenant la typologie d'Arnstein (1969).



(PSS 2017a : 32 ; Ischer et Saas 2019 : 15)

Or, la « rhétorique de la participation contraste le plus souvent avec les moyens réels qui sont mis à la disposition de ces structures » (Blondiaux 2005 : 124, dans Dubas 2006 : 23). En effet, compte tenu du caractère non contraignant des démarches participatives, « la participation ne dépasse en fait pratiquement jamais les deux premiers niveaux que sont l'information et la consultation » (Dubas 2006 : 22-23). Ce phénomène se

retrouve de façon similaire dans le domaine du travail (Ischer et Saas 2019). En effet, selon Ischer et Saas (2019), il existe un décalage « souvent observé [...] entre le degré de participation annoncé et ce qui est réellement fait » (2019 : 10). La nécessité de « renforcer les approches participatives, le travail en partenariat et la collaboration intersectorielle, [...] d'augmenter la disponibilité des ressources et l'importance de se doter d'outils d'évaluation » est relevée (Lannes et al. 2012, dans Ischer et Saas 2019 : 9). « L'essentiel [étant] en effet de permettre à l'individu « d'obtenir un pouvoir de contrôle sur une décision ou sur la production d'un service qui le concerne » (Ischer et Saas 2019 : 11).

Pour se faire, la littérature met en lumière l'intérêt de l'outil que constituent les espaces de discussion centrés sur le travail, fondés sur le principe de la subsidiarité organisationnelle comme moyen de développer des environnements capacitants – structure elle-même condition de pérennisation dudit dispositif (Rocha et al. 2017). Dans notre optique, et suivant Arneson et Ekberg (2005), la promotion de la santé « requiert des processus et [...] des structures visant à renforcer la capacité de l'individu d'agir, et de promouvoir des conditions contextuelles pour l'action » (2005 : 351-352), visant « la facilitation des processus d'empowerment » (2005 : 351). De tels environnements se fondent sur une approche « écologique et une participation étendue des employés » (2005 : 352). Pour Petit et Dugué (2013), un environnement capacitant est un « [environnement de travail] qui [rend] les opérateurs capables de penser, de débattre et d'agir sur leur travail » (2013 : 214) afin de développer leur activité (2013). Ils « [favorisent] la confrontation des points de vue en encourageant les débats à tous les niveaux de l'organisation » (Rocha et al. 2017 : 5). Cela implique l'établissement d'espaces de discussion opérant une transformation des circuits de décision (Petit et Dugué 2013 ; Rocha et al. 2017) qui « constituent un puissant levier de préservation des ressources » (Richard 2012 : 38), dans une optique salutogénique (Richard 2012).

D'aucuns reconnaissent le rôle primordial des espaces de discussion centrés sur le travail en tant qu'espaces démocratiques permettant la

réflexion sur l'activité, la controverse, la confrontation des points de vue (Collard et Drouard 2015 ; Davezies 1999) tant sur « la qualité, le contenu, [que] l'organisation du travail » (Bouffartigue 2012 : 1), « la construction [de] capacités individuelles et collectives de débat et d'action » (Davezies 1999 : 112), le développement et l'amélioration de l'activité (Collard et Drouard 2015 ; Petit et Dugué 2013), ainsi que facilitant la communication et la coopération tant verticale qu'horizontale (Collard et Drouard 2015). Ils sont un moyen « d'accéder au réel de l'activité » (Lhuilier 2010b : 43) – au-delà de la tâche et de l'environnement auxquels le travail est souvent réduit – par « la contribution des opérateurs et la verbalisation de ce qu'ils font » (Lhuilier 2010b : 43) et la reconnexion du management avec cette réalité (Richard 2012 ; Rocha 2016). De même, devenant un point d'appui à l'action collective, ils contribuent à la construction du collectif de travail et au déploiement de l'intelligence collective (Rocha 2016 ; Richard 2012).

La mise en place et la pérennisation de ces espaces de débat nécessitent la réunion de certaines conditions car il s'agit de permettre aux échanges d'advenir de façon régulière, protégée et dans des lieux structurés de manière à « soutenir, faciliter ou informer la discussion de manière à la rendre la plus productive possible » (Rocha et al. 2017 : 4). Nous ferons ici état de celles qui nous ont paru les plus importantes. Selon Rocha et al. (2017), les conditions qui président à l'intérieur de ces espaces sont d'abord que les discussions soient centrées sur le travail réel et qu'elles visent le développement collectif de solutions aux problèmes. Ensuite, ces rencontres doivent se réaliser de manière assez régulière pour faciliter le suivi des dossiers en cours, pour permettre aux participants d'intégrer et de s'approprier le processus et d'en retirer un bénéfice. Enfin, la question de l'animation du débat est également importante et nécessite : le droit à la prise de parole qui recouvre le droit à s'exprimer sans se le faire reprocher ; le droit à l'erreur dans le sens de pouvoir « s'exprimer même sur des faits qui peuvent nous mettre en cause, sans être jugé » (2017 : 19) car cela est constructif et permet d'éviter la répétition de ces potentielles erreurs par la suite ; le devoir d'écoute concerne l'animateur de la

discussion qui doit être attentif à tous dans une optique compréhensive. Les responsables ont un important rôle à jouer dans le processus qu'ils ne peuvent mener à bien que s'ils « [disposent eux-mêmes] d'un espace au niveau supérieur qui permette de rendre compte du contenu de la discussion locale » (Rocha 2016 : 31).

En ce qui concerne les conditions à la périphérie de l'espace de dialogue, Richard note la nécessité de « proximité physique et/ou fonctionnelle » (Richard 2012 : 143) entre les acteurs et les niveaux hiérarchiques (Richard 2012). L'auteur s'accorde avec Rocha et al. (2017) sur l'importance de développer la confiance des participants envers les instigateurs du dispositif et en le dispositif lui-même. En effet, la confiance en « les intentions et les compétences de l'autre » (Rocha et al. 2017 : 146) est primordiale pour rendre possibles des discussions ouvertes et sincères à même de déboucher sur une réelle coopération, cela d'autant plus dans des univers marqués par des enjeux économiques et de pouvoir tel que celui du travail (Richard 2012 ; Rocha et al. 2017). Ces espaces doivent également faire l'objet d'une co-construction et être adaptés localement. Le besoin de laisser le temps nécessaire à l'apprentissage collectif quant à la mise en place, à l'émergence de la confiance et à la participation au sein de ces espaces est également relevé (Richard 2012 ; Petit et Dugué 2013).

Finalement, selon Rocha et al. (2017), fonder ces espaces sur le principe de subsidiarité, une forme de configuration des circuits de décision qui vise à définir quel niveau le plus bas est le plus pertinent pour traiter la situation en question et pour l'action, mène à un DPA local. Cette logique s'inscrit dans une optique tant *top-down* que *bottom-up*, car il s'agit aussi de voir ce que le niveau supérieur peut mettre en œuvre « pour donner du PA au niveau inférieur afin que ce dernier ait les ressources suffisantes pour traiter les questions remontées » (2017 : 20). Il s'agit alors de transformer les lieux et les circuits décisionnels de manière que les travailleurs de terrain disposent d'une marge de manœuvre suffisante pour s'adapter à la « variabilité des situations » (Petit et Dugué 2013 : 223), anticiper ce dont la hiérarchie n'aurait pas tenu compte (Petit et Dugué

2013) et rendre possible une reconfiguration constante de la structure (Rocha et al. 2017). Ainsi, ce type de démarche fondée sur le DPA des travailleurs valorise leurs « savoirs d'expérience » (Le Bossé et al. 2006) permettant de développer des connaissances pratiques applicables localement et qui tiennent compte de leurs acquis tacites (Le Bossé et al. 2006 ; Bouffartigue 2012).

La conséquence [de l'expérimentation menée par Rocha et al. (2017)] est une meilleure connaissance du terrain des niveaux hiérarchiques supérieurs, et la mise en œuvre d'actions d'amélioration qui ne se limitent pas au niveau de la sécurité mais qui englobent aussi la qualité du travail, la performance du système et la santé des travailleurs. L'organisation progresse ainsi à partir de sa propre expérience : certaines règles et procédures ont été reformulées, des décisions stratégiques ont été prises, toutes en fonction des données du terrain. (2017 : 21)

3.7 CONCLUSION

En somme, si l'on considère l'objectif visé par la promotion de la santé (OMS 1986) et la définition de la participation donnée par l'OMS (1986) et Ischer et Saas (2019) en la matière, il semble que la Charte d'Ottawa promeuve un *empowerment* dans son acception radicale (Deschamps 2003 ; RÉFIPS 2012). Or, la majorité des démarches de PSMT sont centrées sur les individus et intègrent rarement une dimension participative (Noblet et LaMontagne 2006 ; etc., voir *supra* p. 18 ; Ischer et Saas 2019 ; etc., voir *supra* p. 20). Selon Bergeron (2010), dans le cadre de la promotion de la santé :

[La] double ambition d'action au niveau collectif et d'incitation individuelle ne résiste [...] guère à l'examen des mesures et instruments finalement proposés et mis en œuvre qui paraît passer, en effet, principalement par la transformation des comportements individuels. (2010 : 101-102)

Nous supposons donc que dans le cadre néolibéral, la compréhension du terme *empowerment* est détournée de son sens originel (Capocci 2015 ; Hache 2007), ce qui n'est pas sans influence sur les types d'interventions

mis en œuvre en PS(M)T et conséquemment, sur la santé mentale des employés.

L'hypothèse de recherche que nous formulons est ainsi la suivante : La politique de promotion de la santé en entreprise proposée par la fondation Promotion Santé Suisse à travers le label Friendly Work Space ne favorise pas le développement du pouvoir d'agir des salariés de l'Hôpital quant à leur (bien-être au) travail.

Cette dernière se décline en plusieurs sous-hypothèses :

Sous-hypothèse 1 : le type de mesures le plus mises en œuvre par l'Hôpital sont celles centrées sur les individus

Sous-hypothèse 2 : la dimension participative n'est pas mise au cœur du processus d'élaboration des interventions de PSE

Sous-hypothèse 3 : les mesures visant la participation des salariés mises en place n'ont que des effets modérés sur l'amélioration de leur santé mentale au travail

Sous-hypothèse 4 : les actions de GSE ne proposent pas d'espaces et dispositifs de participation suffisants pour permettre le DPA des salariés

Sous-hypothèse 5 : Il existe des contradictions entre le discours tenu par l'Hôpital et la réalité vécue des salariés

Sous-hypothèse 6 : les organisations publiques rencontrent plus d'obstacles à l'intégration de mesures participatives que les organisations privées

4 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre se destine à présenter le dessin de recherche de notre travail qui se fonde sur une méthode qualitative de type non-expérimental et ambitionne de déduire le genre d'*empowerment* visé au travers du projet de GSE développé et mis en œuvre dans le cadre de la labellisation FWS de l'Hôpital. Ceci en portant l'attention sur l'accès aux ressources (structurelles et psychologiques) permis par les possibilités de participation offertes aux employés concernant leur (bien-être au) travail.

4.1 RÉCOLTE DES DONNÉES ET CHOIX DES TERRAINS

Dans le cadre de notre recherche, nous avons d'abord procédé à une analyse documentaire pour aborder le sujet des politiques de PSMT. Nous avons ensuite effectué une récolte de données secondaires et primaires via un échange avec deux employés de PSS, afin de préciser notre compréhension du label FWS et de ses conditions d'obtention. Nous avons également dressé un état des lieux, via une seconde récolte de données secondaires, des démarches participatives effectuées dans le cadre des interventions de PSE à travers les projets et offres de PSS. Enfin, l'ensemble a été complété par une récolte de données primaires auprès de cadres et employés de terrain de deux organisations. En effet, nous avons fait le choix d'une posture comparative afin d'être en mesure d'appréhender au mieux la teneur des structures participatives existantes au sein de l'organisation labellisée, par rapport à celles de l'organisation fonctionnant sur une structure horizontale. En l'occurrence, pour ce qui est de la première, nous nous sommes intéressés au cas d'un hôpital public comptant un nombre d'employés significativement plus élevé que l'Entreprise. Le choix de ce terrain a été porté par notre intérêt marqué pour les conditions de travail des personnes qui œuvrent à la préservation de la santé de la population. Cela d'autant plus que l'Enquête suisse sur la santé (ESS) à propos des Conditions de travail et de santé, 2012-2017 spécifie que si la proportion d'individus ressentant du stress au travail « la plupart du temps ou toujours » a augmenté de 18% à 21% de 2012 à 2017

dans tous les secteurs d'activité, « ce n'est que dans le secteur santé-social que cette augmentation est significative, de 18% à 23% » (OFS 2019 : 3).

Quant à l'Entreprise, il s'agit d'une entreprise privée active dans le domaine des systèmes d'information, fondée sur une structure agile. Née en 2000 sous la forme d'une structure traditionnelle, elle entreprend sa transformation vers l'agilité entre 2016 et 2017, sous l'impulsion de l'un des directeurs associés (entretien avec le Directeur associé, 2021).

4.2 MÉTHODE QUALITATIVE

Le dispositif de recherche choisi repose sur une méthode qualitative, plus précisément sur la réalisation d'entretiens semi-directifs d'une durée d'une heure environ avec des employés de professions et niveaux hiérarchiques variés. Il nous a en effet paru intéressant de récolter les points de vue d'acteurs pouvant être touchés de manière différente par les mesures mises en œuvre. Les entretiens ont été réalisés par téléphone, visioconférence et présentiel, en fonction des préférences et possibilités de chacun, relativement à la situation sanitaire due à la pandémie de COVID-19.

Le choix de ce dessin de recherche est justifié pour plusieurs raisons. D'abord, certains auteurs soulignent que « le souci de la mise à distance, dans de nombreuses pratiques de recherche, s'appuyant uniquement sur des questionnaires et des analyses statistiques complexes, peut aboutir à [passer à côté] de la compréhension des comportements concrets des travailleurs et du travail » (Sarnin et al. 2012 : 259) et qu'il s'agit alors « de chercher à comprendre qualitativement ce qu'il se passe sur le terrain » (Zimmermann 2011, dans Richard 2012 : 71). De plus, ce choix nous permet de mettre en œuvre via cette recherche l'approche que nous soutenons sur la base de la littérature. En effet, cela nous permet d'une part d'interroger directement les premiers concernés pour mettre à profit leurs savoirs d'expérience (Le Bossé et al. 2006 ; Bouffartigue 2012). Et d'autre part, d'évaluer les possibilités de participation des employés en

« [identifiant leurs] formes de manière empirique et [en évaluant] leur nature » (Friset-Brosseau 2015 : p.i).

4.3 GRILLES D'ENTRETIEN

Pour ce qui est du choix des différents points de vue pertinents à récolter pour notre étude, nous nous sommes inspirés du modèle d'entretien utilisé par Friset-Brosseau (2015) : une personne de la direction, un responsable de la santé et un/des employés de terrain (2015). Nous avons agrémenté ce modèle d'un responsable direct. Dans le cas de l'Hôpital, recourir au point de vue d'une personne jouant un rôle important dans le processus de labellisation, à travers le service GSE (SGSE) (PSS 2017a) – dont nous faisons l'équivalent de responsable santé –, visait autant à clarifier notre compréhension du processus tel qu'il a eu cours au sein de l'institution en question qu'à percevoir l'importance donnée à la dimension participative dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du projet de GSE. De même, le but d'obtenir le point de vue d'un supérieur direct des employés de terrain était de saisir le rôle d'un tenant de cette fonction quant à l'encouragement à la participation de ses subordonnés.

La construction de la grille d'entretien a nécessité le recours à divers écrits afin de nous fonder sur des indicateurs existants et outils développés pour rendre compte des variables qui nous intéressent. Nous nous sommes appuyés sur : le General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (2000), spécifiquement quant à certaines questions liées au style de *leadership* des responsables directs ; sur Wilkinson (1998) qui définit les caractéristiques de l'*empowerment* managérial ; Friset-Brosseau (2015) qui s'intéresse, entre autres, aux niveaux de participation des employés dans le cadre de projets de PSE (permettant de relever des indices de DPA dans sa dimension structurelle) ; Lemay (2007) et sa définition des principes sous-tendant les interventions qui visent à soutenir un processus d'*empowerment* individuel et collectif ; Gouédard et Rabardel (2012) qui proposent un outil, nommé « Questionnement du pouvoir d'agir » (QPA) permettant de déceler des

indices de DPA structurel et psychologique. Il s'agit d'une transposition du questionnaire « Mesure d'Indicateurs Psychosociologiques du Pouvoir d'Agir » (MIPPA) « au champ de la santé, sécurité et conditions de travail » (Gouédard et Rabardel 2012 : 4 et 8).

Des grilles différentes ont été construites en fonction des organisations et niveaux hiérarchiques visés. En effet, si la structure des grilles destinées aux deux organisations est similaire, les questions diffèrent. En revanche, l'ensemble des grilles contient un premier volet s'intéressant au contenu de l'activité des différents répondants et à la durée d'occupation du poste au sein de leur organisation. De même, le dernier volet interroge leur opinion et expérience personnelle au sein de leur organisation respective et quant aux interventions de PSE y étant à l'œuvre. En somme, une grille est destinée à la Direction ou Direction des ressources humaines (DRH), une autre au membre du SGSE ou équivalent et une dernière aux employés de terrain, avec des variantes pour les responsables directs.

La structure des grilles est similaire pour la direction et le membre du SGSE des organisations labellisée et non labellisée et comprend 4 volets principaux. Les questions adressées à la **direction et au membre du SGSE de l'Hôpital** visent à préciser le type de mesures développées dans le cadre de la labellisation et dans quelles proportions se retrouvent les mesures centrées sur les individus, sur l'organisation du travail et sur la participation des employés. Elles visent également à savoir dans quelle mesure le projet de GSE a été élaboré de manière participative et de qui le SGSE est constitué. Enfin, elles interrogent le mode d'évaluation et les résultats des mesures en termes de bien-être au travail et les différences éventuelles que permettent les statuts public et privé dans la mise en place de mesures participatives. Pour ce qui est de la **direction et du membre du SGSE de l'Entreprise**, nous cherchons à en apprendre plus sur la formation et le fonctionnement de la structure horizontale, sur l'architecture participative et décisionnelle, sur les différences relevées entre travail dans une structure traditionnelle et une structure agile. Nous interrogeons également le mode d'évaluation des méthodes de travail agiles et des autres mesures visant la santé psychique des employés sur le

bien-être au travail et les différences éventuelles entre les secteurs public et privé dans ce cadre. Enfin, l'entreprise n'étant pas labellisée à ce jour, nous posons la question d'un éventuel projet de labellisation futur.

Les grilles d'entretien destinées aux **employés de terrain et responsable d'équipe de l'Hôpital** se structurent selon 3 volets principaux et des sous-volets. Tout comme pour la précédente grille, celle-ci s'intéresse au projet de GSE et aux mesures existantes, à leur processus d'élaboration et au mode d'évaluation de leurs effets. Nous tentons également de déceler la présence d'indices de PA structurel (niveaux de participation possibles au sein de l'organisation) et individuel. Pour ce faire, nous nous sommes fondés sur l'outil développé dans ce but, le QPA, établissant plusieurs dimensions permettant de déterminer le niveau de DPA structurel et individuel (Gouédard et Rabardel 2012 ; Le Bossé et al. 2009). Les questions adressées aux **employés de terrain et l'équivalent a priori de responsable direct de l'Entreprise** interrogent également la conception et le fonctionnement de la structure agile, leur niveau de participation au sein des circuits participatifs et décisionnels, les différences relevées entre travail dans une structure traditionnelle et une structure agile, le mode d'évaluation des méthodes de travail agiles et des autres mesures visant la SMT, ainsi que leur niveau de PA structurel et individuel.

4.4 ÉCHANTILLON

La sélection des données s'est faite via un échantillonnage dit en « boule de neige », à partir d'une assistante en soin et santé communautaire (ASSC) pour la majorité des répondants provenant de l'Hôpital. Pour ce qui est du membre du SGSE, la mise en contact a été facilitée par un employé de PSS. Le même échantillonnage s'est fait à partir du Directeur associé, pour l'Entreprise.

En définitive, ce sont six personnes provenant de l'Hôpital et quatre provenant de l'Entreprise qui constituent notre échantillon d'étude. Pour ce qui est de l'**Hôpital**, nous nous sommes entretenus avec un membre du

SGSE et cinq soignants de professions différentes. Parmi ces derniers : une remplaçante infirmière cheffe de service (RI, pour remplaçante ICUS), une ASSC, un infirmier, un soignant d'une spécialité que nous anonymiserons et désignerons par « soignant4 » et une agente de propreté. L'ensemble des enquêtés ont intégré leur poste au sein de l'institution il y a moins de cinq ans. Chez l'**Entreprise**, nos répondants sont le Directeur associé, la responsable « Climat social » (ou santé, l'équivalent de membre du SGSE), un chef de projet et un développeur. Le Directeur associé et la responsable santé sont présents dans l'organisation depuis le début. Les deux autres interviewés ont rejoint l'entreprise il y a moins de trois ans.

4.5 LIMITES

La première limite que nous notons consiste en la différence de taille, de même que de statut des deux organisations (public et privé), qui ne sera pas sans incidence sur l'interprétation des résultats de l'étude. Bien que leur validité devrait tout de même être vérifiée en ce que les variables choisies permettent d'établir le niveau de participation et de PA des employés des deux organisations. Aussi, cet état des lieux ajouté à la compréhension des objectifs, du fonctionnement et des effets des infrastructures participatives à l'œuvre au sein de l'Entreprise permettra d'émettre des pistes de recommandations pour le développement de dispositifs participatifs au sein de l'Hôpital.

La seconde limite est liée au fait que nous étudions le cas d'organisations opérant au sein de secteurs d'activité différents. Tout comme la première limite, nos résultats devraient tout de même apporter quelques enseignements valorisables.

La troisième limite concerne le modèle d'entretien choisi qui fut directement applicable à l'Entreprise au sein de laquelle nous avons pu accéder aux tenants des différentes fonctions. Il a en revanche varié pour l'Hôpital puisque nous n'avons pas été en mesure d'obtenir le point de vue d'un membre de la DRH.

5 ANALYSE DES DONNÉES

5.1 DONNÉES SECONDAIRES : LES OFFRES DE PROMOTION SANTÉ SUISSE

5.1.1 QUID DES DÉMARCHES PARTICIPATIVES ?

Quid des possibilités de participation offertes via les mesures mises en place au sein des organisations et quant à leur processus d'élaboration ? Nous avons pu trouver des informations liées à ces questions pour quatre des projets, outils et services proposés par PSS. Il s'agit en l'occurrence du programme *PME-vital* – une boîte à outils de GSE en ligne destinée aux petites et moyennes entreprises (PME) (PSS s.d.) –, du *Friendly Work Space-Job-Stress-Analysis* – « un outil d'enquête permettant aux entreprises de mesurer l'état de stress du personnel » (Stocker et al. 2018 : 2) –, de l'Initiative de promotion de la gestion de la santé dans les administrations publiques (Bertschinger et Wagenaar 2013) et enfin, du *Label Friendly Work Space* (PSS 2017a).

Il résulte en substance de cette analyse que parmi les modes de participation appliqués par le biais des outils que sont l'enquête, le sondage, le groupe de travail et le cercle de santé, la consultation via l'enquête et le sondage est surreprésentée par rapport aux dispositifs plus participatifs tels que le groupe de travail et le cercle de santé (Brägger 2014). De même, le taux de participation des employés par le biais de ces outils est moindre que celle des responsables de projet (PSS 2017b). En l'occurrence, d'après le rapport de PSS (2018) :

Les personnes interrogées estiment que la participation active des collaborateurs/-trices à l'élaboration de la GSE est faible. Seules 20 % d'entre elles peuvent participer à l'élaboration de mesures de GSE, par exemple en participant à des analyses de besoins (enquêtes) ou à des cercles de santé (2018 : 138)

5.1.2 LE LABEL FRIENDLY WORK SPACE

Des échanges par téléphone et visio-conférence ont été réalisés respectivement avec le Responsable Sensibilisation & Diffusion GSE et la Responsable de projets Training & Support GSE à PSS, afin de compléter les informations recueillies et accessibles publiquement quant au label. Ce dernier est né en 2009 et fait partie des offres et outils que propose la fondation PSS aux organisations publiques et privées afin de les accompagner dans un processus d'intégration de la GSE dans leurs structures. Il « définit le standard de qualité suisse pour une mise en œuvre systématique de la gestion de la santé en entreprise » (PSS 2021a) et est décerné aux organisations « qui mettent en œuvre avec succès la gestion de la santé en entreprise » (PSS 2017a : 9) selon les critères de qualité pour la GSE (PSS 2017a). Ces critères fixent des « standards uniformes en matière de GSE » (PSS 2021c). Ils ont été élaborés sur la base des « Critères de qualité pour la promotion de la santé en entreprise » (PSS 2017a : 4) établis par le ENWHP, d'une part, et en collaboration avec des grandes entreprises suisses qui « ont reconnu que la GSE permettait de générer des avantages concurrentiels » (PSS 2021c), d'autre part. Les organisations ayant à ce jour reçu cette certification sont au nombre de 81, au bénéfice d'un total de 205'018 salariés (PSS 2021a ; PSS 2021e). Parmi celles-ci, nous comptons une majorité de grandes entreprises, une dizaine d'organismes publics et une quinzaine de petites et moyennes entreprises.

La Directive Critères de qualité pour la gestion de la santé en entreprise établit six critères que les organisations ont à remplir afin de se voir décerner le label. Chacun de ces critères est divisé en vingt-cinq sous-critères (PSS 2017a). Il n'y a pas un nombre minimum requis de mesures à intégrer au projet de GSE établi par le SGSE de l'organisation. Ces dernières doivent nonobstant remplir l'ensemble des sous-critères, à des degrés variables, sur une échelle d'exigence allant de 1 à 5. L'assesseur externe formé et mandaté par PSS décerne le label dès lors qu'il juge que la somme totale des notes obtenues est égale ou supérieure à 3 (Responsable de projets Training & Support GSE, communication

personnelle, 24 mars 2021). Il est ainsi surtout demandé aux organisations de démontrer le caractère systématique de l'intégration des mesures de GSE au sein de leurs structures organisationnelles (PSS 2017a ; PSS 2021b). En effet, « pour obtenir le label, il n'est pas question d'en faire le plus possible, mais d'agir selon un processus systématique et durable avec des effets qui se développent sur le long terme » (PSS 2021f : 20).

5.2 DONNÉES PRIMAIRES : L'HÔPITAL ET L'ENTREPRISE

L'analyse des données récoltées s'est faite selon un modèle de codage fermé, dans une approche hypothético-déductive, sur la base de comptes-rendus des entretiens menés. La grille d'analyse est construite en amont, en fonction des considérations théoriques et des hypothèses de recherche. Nous utilisons l'unité de codage sémantique circonscrivant l'analyse « aux passages qui ont une signification « les idées clés » » (Andreani et Conchon 2005 : 7). Il s'agit alors d'une analyse empirique des idées des interviewés. Suivra enfin une interprétation subjective des résultats (Andreani et Conchon 2005).

5.2.1 CODE BOOK, LE CONTENU

Ci-après suit l'explicitation des catégories et sous-catégories utilisées et traduites en codes pour décrypter les données récoltées. Les vingt-deux codes choisis traduisent les concepts (variables) contenus dans les différentes sous-hypothèses (cf. Annexe 1). En l'occurrence, nous repérons ces concepts au sein des données recueillies pour l'Hôpital, que nous comparons ensuite avec leur pendant provenant de l'Entreprise. Ainsi, pour ce qui est de la participation, nous cherchons à déceler la présence d'une **dimension participative** : parmi les mesures de PSE mises en œuvre ; dans le processus d'élaboration des mesures.

Afin de définir les **possibilités de DPA structurel**, nous investiguons les dispositifs participatifs structurels présents dans l'organisation à travers :

- L'évaluation du niveau de participation offert aux employés en les questionnant entre autres sur les moyens qu'ils ont à

disposition pour surmonter les difficultés rencontrées dans leur travail (équivalent au degré de contrôle perçu (CP) du QPA) ;

- Le degré d'autonomie des salariés dans leur travail ;
- La présence d'éléments caractéristiques des environnements capacitants, soit :
 - Les espaces de discussions et leur nature,
 - Le principe de subsidiarité organisationnelle,
 - Le recours aux savoirs d'expérience des travailleurs,
 - Le degré d'institutionnalisation des dispositifs participatifs, d'une part à travers les modes d'encouragement à la participation par l'institution et la hiérarchie et d'autre part, à travers l'intégration ou non des moyens de participation dans le temps de travail des employés.

Nous tentons parallèlement de définir le **degré de PA individuel** des répondants au travers du QPA composé de trois indices : leur propension à l'action ; leur degré de conscience critique ; leur sentiment d'efficacité personnelle.

Nous ambitionnons également d'en apprendre plus sur les **effets des mesures de PSE (participatives) sur le (bien-être au) travail** de ces derniers. Cela en interrogeant les modes et instruments d'évaluation des mesures et leurs résultats, de même que l'évaluation personnelle que les employés en font. Aussi, nous comparons le **discours officiel de l'institution et du management avec les récits de la réalité vécue du travail** des employés interrogés. Enfin, nous investiguons les **différences existantes en termes de mise en œuvre de mesures participatives au sein de grandes organisations publiques et d'entreprises privées de plus petite taille.**

5.2.2 L'ANALYSE EMPIRIQUE DES DONNÉES : L'HÔPITAL

Les mesures participatives ne sont pas mises à l'honneur. Nous avons d'abord procédé à une comparaison des dires des employés, comptant ceux du membre du SGSE, avec des informations publiquement

disponibles via le site internet de l'Hôpital et divers documents qu'il a produits. Le tout a ensuite été comparé aux critères de qualité GSE détaillés en fonction de l'échelle d'exigence dans la Matrice d'évaluation FWS (PSS 2017b). Cela nous a permis d'établir des proportions entre les trois types de mesures consubstantielles à la PSE mises en œuvre tant avant qu'après le processus de labellisation. Il semble que les mesures de prévention centrées sur les individus soient privilégiées. En effet, nous relevons dans cette catégorie des formations sur des thématiques de santé, de gestion du travail, des séances de méditation ou encore une attention portée à la restauration, entre autres. D'après les informations recueillies, les mesures existantes visant à agir sur l'organisation du travail englobent des possibilités de développement professionnel via l'offre de formations et des possibilités de travail flexible. Sur la base de ce qui nous a été rapporté par le membre du SGSE, les mesures intégrant une dimension participative sont l'amélioration de la transparence de la communication descendante et la création du SGSE, établi sous le nom de Comité de pilotage GSE (COPIL), dans le cadre de la labellisation. En effet, le COPIL, fondé sur une structure horizontale rassemble les représentants de plusieurs groupes de travail établis par secteurs. Les représentants du personnel n'y ont cependant pas de place permanente. La troisième mesure participative mentionnée n'est pas issue du processus de labellisation. Il s'agit de la création ciblée d'un groupe de travail dans une équipe de soignants⁴ en proie avec des problèmes de harcèlement moral par le supérieur direct de l'époque. Au-delà des mesures de PSE, parmi les dispositifs participatifs accessibles aux employés dans leur quotidien pour surmonter les problèmes rencontrés ou participer aux discussions sur leur travail figurent : les colloques annuels ; l'accès au bureau de la DRH. Nous investiguerons leur teneur par la suite.

Il ressort en outre de manière univoque des entretiens avec les employés de terrain et la supérieure directe que les programmes de santé leur étant destinés ne leur sont pas connus en tant que tels, à part le service de la médecine du personnel. Trois interviewés relèvent toutefois avoir aperçu des affiches ou entendu parler par des collègues de séances de massage et

de méditation, « les chefs ne s'arrêtent pas eux-mêmes pour communiquer directement ce genre d'info » (entretien avec l'infirmier, 2021). L'offre de formations permettant la mobilité au sein de l'organisation est reconnue par certains, sans toutefois être associée *a priori* à une mesure de santé. De plus, l'ensemble des employés de terrain et la supérieure directe interviewés partagent l'impression que les problèmes qu'ils rencontrent ne sont pas pris en compte. En l'occurrence, une répondante parle des nombreux départs de son service et déplore le fait que :

Ils se posent pas plus de questions de pourquoi les gens partent. Alors oui c'est normal de partir, de changer de service, de voir autre chose, mais là ils sont partis parce qu'ils en pouvaient plus. Et il y a eu beaucoup de demandes de baisse de taux à 80% parce qu'ils en pouvaient plus. On devrait pas en arriver là, de devoir baisser son taux pour tenir le coup. Et y a aussi beaucoup de collègues qui prennent des somnifères pour pouvoir dormir, c'est dramatique [...] Si on est pas bien, que ce soit psychologiquement ou physiquement, les soins s'en ressentent. Y a beaucoup plus de risques d'erreurs. Prendre soin des soignants passe aussi par les jours de repos, les horaires et la charge de travail. (Entretien avec la RI, 2021)

Les informations recueillies confirment notre sous-hypothèse 1.

Un DPA empêché dans sa dimension structurelle. Dans cette partie, nous intégrons l'analyse du **niveau de participation** permis par l'ensemble des possibilités de participation structurelles offertes aux employés, au-delà des mesures participatives découlant du processus de labellisation. Cette décision se fonde sur notre constat en cours d'étude que lesdites mesures ne sont pas légion. L'analyse en aurait été ainsi extrêmement réduite et pauvre en informations sur l'état des lieux concernant les dispositifs participatifs institutionnalisés au sein de l'Hôpital. Nous décelons ainsi au travers des entretiens différents niveaux de participation s'agissant d'une part de la contribution à l'élaboration des programmes de PSE et d'autre part, concernant l'activité de travail en tant que telle. Nous nous fondons principalement sur les critères de qualité pour la GSE de PSS pour définir le « niveau de participation » qui qualifie : la nature de la participation (directe ou indirecte, via des représentants

du personnel ou des syndicats), ses domaines (tâches et contenu du travail, organisation du travail, stratégie, etc.), sa fréquence, ses degrés et formes (instruments) (voir pyramide de la participation, *supra* p. 31). Nous avons aussi recours le cas échéant à l'échelle de la participation d'Arnstein (1969) (voir *supra* p. 30).

La participation au cœur de la définition des problèmes et de l'élaboration des solutions ? Le fait que la plupart des programmes de PSE de l'Hôpital ne soient pas connus de leurs destinataires indique que la dimension participative n'a pas été centrale dans leur processus d'élaboration. En effet, aucun de nos répondants ne savait que leur employeur avait été labellisé FWS, ni n'ont connaissance d'un SGSE et de possibilités de participation à la conception du projet de GSE. « Pourtant on est en première ligne, on en prend plein la tête, on est un des services les plus intenses » (entretien avec l'ASSC, 2021).

En effet, le membre du SGSE nous confirme que les employés ou leurs représentants ne sont pas intégrés de manière permanente à l'élaboration des mesures de PSE, au sein du COPIL. Des représentants du personnel (syndicats) peuvent toutefois être invités à participer à certaines de ses séances en fonction des sujets. Leur participation serait donc de nature indirecte et la fréquence irrégulière. Nous n'en savons pas plus sur les domaines, ni les degrés de participation dans ce cadre.

En revanche, le soignant⁴ mentionne la mise en place d'un groupe de travail composé de membres de l'équipe afin de répondre à une problématique liée à du harcèlement moral par l'un des supérieurs directs de son service qui touchait l'ensemble de l'équipe mais principalement l'une de ses collègues. Ce dispositif aurait cependant été appliqué après quatre années durant lesquelles la cible principale aurait subi deux burn-out. D'après les explications reçues, nous évaluons que ce dispositif permet un degré de participation de degrés 3 (co-construction de solutions) et 4 (prise de décision) sur 4, selon la pyramide de la participation.

Quelle participation des employés concernant leur travail et les problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique ? Le membre du SGSE met en avant la possibilité, pour les employés ou leurs représentants (nous n'avons pas su saisir correctement cette information), d'aller solliciter individuellement la DRH dans son bureau pour relayer des informations, faire des propositions ou signaler des dysfonctionnements. Aucun de nos répondants ne valide cette affirmation, à tout le moins pour ce qui concerne les employés. Il cite également l'amélioration de la transparence de la communication en le fait d'avoir rendu accessible à l'ensemble du personnel le contenu des séances des cadres, via l'intranet, une requête souvent émise qui a été entendue et prise en compte. Cette initiative n'est cependant pas classable sur la pyramide de la participation de PSS. Nous la situons ainsi sur l'échelle de la participation d'Arnstein (1969) en tant que l'information y figure comme condition première de la participation (Dubas 2006 : 22).

Afin d'en apprendre plus sur l'existence éventuelle d'autres dispositifs participatifs, nous demandons aux employés de terrain et à la responsable directe de nous citer les trois plus gros problèmes qu'ils rencontrent dans leur travail, afin de mettre ensuite en relief les moyens qu'ils utilisent pour les surmonter (Gouédard et Rabardel, 2012). Nous ne mentionnerons ici que les problèmes s'apparentant à des contraintes organisationnelles. En l'occurrence, le stress et le manque de moyens matériels sont chacun mentionnés par deux fois et le problème récurrent du manque d'effectifs menant à une surcharge de travail est relevé par trois employés.

Premièrement, afin de surmonter ces difficultés, nous notons majoritairement le recours à des stratégies individuelles (changement de service, gestion de son temps) et collectives de solidarité entre collègues lorsque cela est possible (entraide si surcharge de travail ou manque de moyens, réorganisation d'horaires dans le cadre des plages définies). La participation, en tant que possibilités d'exprimer des avis, des souhaits ou signaler des problèmes, s'effectue de manière directe, individuelle ou collective, le plus souvent auprès de la hiérarchie directe, voire via la sollicitation des ressources humaines (RH) pour l'un de nos répondants.

Cela vaut pour l'ensemble des interviewés, sauf pour l'agente de propreté qui dit ne pas pouvoir donner son avis, ni même ne remonte les problèmes rencontrés à sa supérieure qui restent contenus au niveau de l'équipe. Ne s'agissant pas de modes de participation mis en place par l'institution, ces stratégies ne sont pas classables sur la pyramide ou l'échelle de la participation. Deuxièmement, quatre de nos répondants relèvent la quantité d'informations fonctionnelles descendantes transmises par courriel, via l'intranet ou d'autres canaux de communication numérique. Ces dernières ne peuvent pas non plus être placées sur la pyramide ou l'échelle de la participation. Troisièmement et parmi ceux ayant leur place sur la pyramide et l'échelle de la participation, les colloques annuels. Ils se tiennent une fois l'an pour les ASSC, les infirmiers et les soignants⁴ qui s'y retrouvent avec l'ensemble de l'équipe et leur supérieur direct. À cette occasion leur est donnée l'opportunité de discuter des sujets de fond et de faire des propositions. Nous déterminons que le degré de participation des employés durant ces colloques est de degrés 1 (information) et 2 (consultation active) sur 4, sans toutefois pouvoir qualifier cela de « consultation active ». Les ICUS disposent quant à eux de deux colloques annuels avec leurs homologues des différents services et leur propre supérieur direct, l'infirmier responsable d'une unité de soins (IRUS). La RI mentionne aussi l'existence des « bilatérales » avec son IRUS, des séances de discussion qui ont lieu au moins une fois par semaine. Elle y est encouragée à parler tant des employés que des patients, des problèmes rencontrés, à proposer des idées et solutions concernant l'amélioration des soins et la cohésion d'équipe. Nous y voyons un mode de participation de degrés 2 (consultation active) et 3 (co-construction de solutions) sur 4.

Nos données indiquent que les effets de ces moyens de participation sont moindres et dépendent des sujets. En effet, les requêtes liées à des modifications de plannings sont généralement suivies d'effets. En revanche, pour ce qui est des sujets touchant aux problèmes de fond et récurrents relevés, les effets sont inexistantes, selon nos répondants. Ces derniers disent à ce propos avoir conscience de la marge de manœuvre

réduite de leurs supérieurs directs. La lourdeur de la structure pyramidale de l'institution et la distance entre les niveaux hiérarchiques sont mises en cause par trois employés de terrain. En résumé et en fonction des témoignages que nous évoquerons par la suite, nous déduisons que la communication et les prises de décision s'opèrent sur le modèle *top-down*, par des personnes qui semblent déconnectées de la réalité du terrain.

Le type d'*empowerment* au niveau structurel se jauge également en fonction du **degré et de la nature de l'autonomie** permise dans le travail (Wilkinson 1998). Or, il ressort sur ce point, que le secteur des soins a cela de particulier qu'il ne permet que très peu de marge de manœuvre aux soignants se trouvant d'une part sous délégation infirmière et/ou médicale et d'autre part strictement soumis à un protocole de soins établi en amont. Ainsi, nos répondants ont généralement de l'autonomie dans la manière de réaliser les tâches qui leur sont dévolues, avec une marge de manœuvre croissante en fonction des niveaux hiérarchiques. Parmi les soignants, la hiérarchie n'est pas très clairement établie, mais selon l'un de nos répondants, les critères se fondent sur le niveau d'étude. Soit les agents d'entretien au niveau le plus bas, suivis des aides-soignants, des ASSC, puis des infirmiers et soignants⁴ à un niveau équivalent.

L'une des caractéristiques des environnements capacitants est également le **degré d'institutionnalisation** des dispositifs participatifs, synonyme de leur pérennisation (Rocha et al. 2017) et de leur accessibilité pour les employés. Nous entendons par là la présence de moyens structurels de participation (Arneson et Ekberg 2005) autant en termes infrastructuraux que d'encouragements à la participation émanant de l'institution (Friset-Brosseau 2015). Mais également le degré d'insertion de ces dispositifs dans le temps de travail (Gouédard et Rabardel 2012 ; Le Bossé et al. 2006). Ainsi, parmi les possibilités de participation systématiques et permanentes, comprises dans le temps de travail et existant hors du cadre de la labellisation, nous relevons les colloques annuels ou biannuels, les bilatérales, les entretiens de départ et périodiques, les séances d'information à la suite de l'embauche et les canaux de transmission *top-down* des informations. Nous notons enfin des dispositifs mis en œuvre

de façon ponctuelle telles que des initiatives personnelles de certains chefs qui varient aussi en fonction des services et la création du groupe de travail dans l'équipe de soignants⁴.

En ce qui concerne les mesures participatives institutionnalisées conséquentes de la labellisation, nous relevons la création du COPIL, dans une certaine mesure et une proposition d'un membre du SGSE d'établir un moyen alternatif de participation *bottom-up* aux discussions du COPIL par les employés, via l'envoi de courriels à une adresse dédiée qui n'est pas encore établie.

A présent, nous nous penchons sur les deux éléments les plus susceptibles de permettre le DPA des salariés. Nous nous attachons donc à relever dans quelle mesure les caractéristiques des moyens de participation précités correspondent à celles des **espaces de discussion centrés sur le travail** et du **principe de subsidiarité** qui recourent aux **savoirs d'expérience** des travailleurs. Nos données permettent de dégager deux espaces de discussion s'apparentant à ce qui est décrit dans la littérature, c'est-à-dire des lieux sécurisés, égalitaires et dont le contenu des discussions concerne le travail des participants et le bien-être au travail (Petit et Dugué 2013 ; Rocha et al. 2017 ; Bouffartigue 2012). Nous notons ainsi premièrement le COPIL qui n'intègre toutefois pas les représentants du personnel de manière permanente et dont nos interviewés nous disent ignorer l'existence. Quant à sa construction, elle ne semble pas favoriser un sentiment de sécurité suffisant pour que les premiers concernés développent l'envie d'y participer. En effet, la possibilité qu'ils pourraient ne pas se sentir assez à l'aise pour venir s'y exprimer sans crainte, aux côtés des responsables des RH et autres cadres est l'une des raisons entrevues par le membre du SGSE pour expliquer le fait que si la participation des employés aux discussions du COPIL n'est pas exclue en soi, elle n'est pas un réflexe. Deuxièmement, nous relevons le groupe de travail au sein de l'équipe de soignants⁴. Si l'absence de représentativité au principe de sa création est jugée problématique par notre répondant, la charte qui en a émergé a permis de « [modifier] un certain rapport de force

dans l'équipe » (entretien avec le soignant⁴, 2021) et de développer des solutions.

Les colloques en revanche ne s'apparentent pas à des espaces de discussion sécurisés centrés sur le travail. En effet, si les échanges qui y ont cours concernent des problèmes que les répondants considèrent comme essentiels, ils se produisent dans un cadre qui ne semble pas propice à la libre expression de tous sur un pied d'égalité. En effet, sont évoqués pêle-mêle la « crainte » d'émettre trop de critiques et d'être perçu comme étant « toujours contre » (Infirmier), la difficulté de se sentir libre d'aborder les sujets délicats et d'exprimer des idées confrontantes, l'ascendant que certains responsables ou collègues ont sur les autres, etc.

Ainsi, le groupe de travail établit chez les soignants⁴ est un bon exemple d'actualisation du principe de subsidiarité organisationnelle et de prise en compte des savoirs d'expérience des premiers concernés. En revanche, plusieurs interviewés mentionnent la déconnexion des preneurs de décision du travail de terrain due à la forte hiérarchisation de la structure. En effet, une répondante relève le cas de propositions ayant été faites à l'équipe qui semblent ne pas émaner du monde des soins tant ces dernières se sont révélées être inadéquates dans leur pratique concrète. Deux répondants illustrent également la distance des preneurs de décision par rapport au terrain. Nous y reviendrons. Enfin, quant à l'agente de propreté « au bas de l'échelle » (entretien avec l'agente de propreté, 2021), faisant partie des travailleurs « invisibles » (Agente de propreté) selon ses propres mots, la question du principe de subsidiarité ne se pose même pas.

Le développement du PA individuel à l'œuvre. Par contraste, le PA individuel de nos répondants semble être développé alors que nous aurions pu imaginer que la faible redistribution des ressources structurelles impacterait dans une certaine mesure les possibilités de DPA individuel, comme certains le suggèrent (Le Bossé et Lavallée 1993 ; Laschinger et al. 2003). Or, c'est loin d'être le cas pour nos interviewés. Revenons d'abord sur les indices évalués par le biais du QPA individuel. Pour jauger leur niveau de DPA individuel, il s'agit de considérer :

- Leur perception de leurs « propensions à l'action » qui se traduit par leur motivation à agir (MA) ;
- Leur perception de leurs compétences à la participation (CPA) ;
- L'évaluation qu'ils font des bénéfices de l'action collective (EBAC) ;
- L'évaluation qu'ils font des bénéfices de l'action personnelle (EBAP) ;
- Leur niveau de conscience critique (CC) ;
- Leur sentiment d'efficacité personnelle (dans l'action) (SEP)

Ainsi, nous constatons que l'ensemble des interviewés sont mus par une propension à l'action élevée, en considérant leur MA et CPA. En effet, leurs réponses aux questions posées démontrent qu'ils sont tous enclins et intéressés à participer aux discussions et décisions concernant leur (bien-être au) travail, si des moyens et une réelle disponibilité étaient prévus pour ce faire, de même que si leur participation était à-même de générer des effets. Hormis l'agente de propreté, la majeure partie d'entre eux disent d'ailleurs avoir déjà proposé des idées et pris la parole via les voies existantes. « Quand tu travailles à 100%, tu as envie que ton environnement de travail soit agréable » (ASSC). Aussi, l'ensemble des répondants acquiescent à propos de leur envie de participer à l'organisation d'une initiative visant l'amélioration de leurs conditions de travail. L'ASSC et la RI expriment explicitement leur motivation à participer à un groupe de travail tel que le COPIL, soulignant l'importance de la présence d'une parole capable de relayer la réalité du terrain auprès des divers niveaux hiérarchiques et des RH. Aux questions liées à l'EBAC et l'EBAP, la tendance générale est à la réponse par la positive, bien que mitigée sur quelques aspects. En l'occurrence, l'impression qu'un groupe est difficile à souder pour s'élever de manière significative pour ou contre certaines décisions est partagée par plusieurs répondants. Cela aurait notamment pour cause le fait que certains services sont en mouvement constant du au recours à de nombreux intérimaires et que les changements d'équipe dus aux départs sont fréquents. S'impliquer plus fortement demanderait ainsi beaucoup d'énergie en plus de l'investissement initial

dans les soins. Un certain défaitisme ambiant est aussi observé quant au sentiment que « ça coince plus haut et que rien ne changera » (RI). Pour ce qui est de leur conscience critique, elle est évaluée par des questions cherchant à savoir si la dimension collective ou individuelle prime dans leur conception des causes des problèmes relevés rencontrés dans leur travail. Il s'avère que tous sauf l'agente de propreté affirment le caractère partagé de leur perception de la cause de ces problèmes, dont ils imputent l'origine aux niveaux organisationnel et politique. Le SEP, dernier indice de DPA psychologique, traduit par l'impression de « se sentir capable de... » prendre part aux discussions et décisions, proposer des solutions, etc. est également validé par l'ensemble des interviewés.

Ainsi, nous concluons que le niveau de participation que permet l'institution aux employés de terrain et leurs supérieurs directs est moindre, tant dans le cadre du processus de conception des mesures de GSE que concernant leur travail en tant que tel. Les structures participatives établies et les mesures PSE ne permettent pas le DPA de nos répondants.

Nos sous-hypothèses 2 et 3 sont confirmées.

Les effets des mesures participatives existantes sur le bien-être au travail. Quant aux instruments d'évaluation des mesures, le membre du SGSE évoque l'abandon des sondages et enquêtes d'opinion, mais cite un projet visant à évaluer l'expérience des collaborateurs, les feedbacks directs, les entretiens périodiques individuels ayant lieu une fois par an et les entretiens de départ. Les autres répondants ne se souviennent pas avoir été soumis à une évaluation de leurs conditions de travail. Pour ce qui est des effets des mesures sur le bien-être des bénéficiaires, c'est plutôt un autre membre permanent du COPIL qui serait plus à-même de nous donner des réponses, selon le membre du SGSE.

Nous avons également prévu de recueillir l'opinion personnelle des interviewés quant aux effets desdites mesures sur leur bien-être. Or, comme les mesures participatives destinées aux employés ne semblent pas avoir fait partie du projet de GSE, nous avons relevé leur opinion

quant à l'amélioration de la transparence de la communication descendante et quant aux effets de l'absence de moyens leur permettant de surmonter efficacement les problèmes qu'ils considèrent comme les plus entravants dans leur travail. Ainsi, pour ce qui est de l'accessibilité aux contenus des séances des cadres, la plupart des répondants relève la complexité de l'intranet et le manque de temps pour prendre connaissance de son contenu. Bien qu'un interviewé note une amélioration de la communication *top-down* ces dernières années, il utilise l'expression « brassage d'infos » (Soignant4) pour la qualifier. Ce caractère dysfonctionnel est également relevé par d'autres répondants. L'infirmier et la RI évoquent quant à eux le manque de communication descendante des ICUS sur ce qui est discuté et décidé lors de leurs colloques propres, pourtant nombreux. Les causes en seraient majoritairement le manque de temps et de moments de discussion dédiés établis.

L'absence de mesures et de moyens participatifs adéquats pour surmonter les problèmes de fond rencontrés les mène à adopter des stratégies alternatives restreintes au niveau de l'équipe qui n'aident pas à l'amélioration de leur SMT. Cela est perceptible à travers les formules que plusieurs utilisent pour décrire leur expérience de travail au sein de l'Hôpital. En l'occurrence, le terme « usine » revient à trois reprises et est illustré comme suit par l'un de nos répondants :

Pendant douze heures t'es en marathon [...] J'ai même pas le temps des fois d'aller faire pipi, mais bon c'est pas grave parce que j'ai même pas le temps de boire de toute façon [...] c'est horrible mais c'est vrai, c'est vraiment vrai, des fois c'est vraiment non-stop toute la journée, j'ai l'impression quand je pars au travail, je pars à la guerre, il faut être prêt. (Infirmier)

Il relève la fréquence presque quotidienne de ce ressenti et de la possibilité de « continuer à l'infini si tu dis pas stop à un moment », en évoquant la « continuité des soins » (Infirmier). Une autre répondante renchérit : « le problème c'est qu'on le fait, c'est propre aux soins. S'il manque du personnel, on doit quand même faire le travail, on ne peut pas laisser les patients et ne pas faire le travail » (RI). Cet aspect est qualifié de vicieux car il y aurait beaucoup de collègues malades, « en quasi burn-out » (RI)

mais qui peinent à s'arrêter sachant que s'ils le font, c'est le collègue d'à côté qu'« [on] laisse tomber et qui va galérer » (RI). Nous relevons également les dires d'un autre interviewé quant aux effets de la labellisation sur son travail. Il mentionne en avoir peut-être entendu parler de loin mais qu'il ne s'y est pas intéressé car selon lui, ce genre d'information n'est pas vraiment utile pour son travail en ce qu'il n'en perçoit pas les effets. Quant à l'agente de propreté, elle ressent quotidiennement du stress dans son travail, tout comme un manque de respect de la part des soignants.

Ces retours d'expérience nous permettent de confirmer notre sous-hypothèse 4 en ce que les mesures participatives étant moindres, leurs effets sur l'amélioration de la SMT des répondants n'est pas perceptible. C'est en revanche différent en ce qui concerne le groupe de travail mis sur pied chez les soignants⁴ qui semble avoir eu des effets bénéfiques. Cela constitue également un point d'entrée vers notre sous-hypothèse 5 sur l'existence éventuelle d'un écart entre le discours de l'institution et du management d'une part, et la réalité du travail vécu par les employés de terrain, d'autre part.

Du discours officiel à la réalité. Il est intéressant de mettre en miroir les informations développées ci-dessus avec le discours tenu par l'organisation au travers de son site internet et de documents en émanant, de même qu'à travers les propos du membre du SGSE. Ce dernier appuie, « l'importance d'avoir une GSE qui soit performante, c'est pas un luxe, c'est indispensable » (entretien avec le membre du SGSE, 2021). Un certain écart avec les retours de nos interviewés émerge toutefois. En effet, le membre du SGSE met par exemple l'accent sur l'une des mesures ayant émané du COPIL, une attention particulière portée à la restauration, en pointant l'impact bénéfique de la nourriture servie aux employés sur la santé tant physique que mentale. Or, nous constatons au travers des entretiens que ce point n'a pas une fois été mentionné par ces derniers comme un facteur de préservation ou d'amélioration de leur SMT. L'amélioration de la transparence de la communication descendante est également pointée comme une avancée. Cette perception se confronte au

ressenti de nos interviewés, relevant les dysfonctionnements dus au surplus d'informations transmises par ce biais. Ces exemples peuvent être interprétés comme des indices de la déconnexion systémique d'avec la réalité du terrain, dont nos autres répondants ont parlé.

Maintenant, l'un des documents produits par l'institution la présente comme jouissant d'une politique innovante quant à la création d'un environnement de travail de qualité pour ses employés. Il s'agit en effet de maintenir et perfectionner la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients par l'amélioration des conditions de travail, favorisant santé et bien-être. Nous lisons encore que la qualité des prestations et la performance reposent sur les compétences des employés de l'institution (référence anonymisée). Or, deux interviewées soulignent que la santé des soignants est aussi un facteur essentiel à prendre en compte : « c'est la sécurité des patients qui est en jeu » (RI), « notre santé c'est la santé des patients » (ASSC).

L'institution valorise encore la question du sens que l'on trouve dans son travail qui devient de plus en plus importante (référence anonymisée). Cette déclaration se confronte pourtant à la désillusion d'une répondante quant au fait de ne pas avoir le temps de bien faire son travail et la perte de motivation « parce qu'à terme tu fais plus que le minimum pour te préserver en fait. Un moment donné, j'aurais fait les choses en perdant même mon empathie et ça, c'est atroce » (ASSC). De plus, l'intensité de son activité dans son unité et l'absence de réponse aux requêtes collectives pour la modification des horaires qui leur permettrait, à elle et ses collègues, de profiter de portions de temps hors travail moins segmentées la mène à devoir faire des choix entre se reposer et voir ses amis ou sa famille pendant son temps libre. « C'est plutôt ça la question, est-ce que j'arrive à avoir ma santé mentale sans avoir accès à ce qui me divertit et ce qui me permet de décompresser ? » (ASSC). En symétrie, nous lisons encore à travers les mots de l'institution qu'elle reconnaît comme essentiel le fait d'être en mesure d'établir un équilibre entre vie privée et professionnelle (référence anonymisée).

Notre sous-hypothèse 5 est confirmée.

L'intérêt général mérite-t-il les moyens de l'innovation participative

? Nous entretenir avec un membre de la DRH nous aurait permis de recueillir des informations de première main quant aux possibilités de mise en œuvre de mesures participatives et ainsi d'aborder les différences de conditions de leur mise en œuvre entre le public et le privé. Nous trouvons tout de même quelques indications sur la question dans l'un des documents publics disponibles. En effet, nous y entrevoyons la dépendance budgétaire de cet établissement public au politique (référence anonymisée). Nous reviendrons plus tard sur notre perception des obstacles que les hôpitaux publics peuvent rencontrer dans ce domaine.

Sur la base de ces informations, bien que partielles, nous sommes tentés de valider notre sous-hypothèse 6.

5.2.3 L'ANALYSE EMPIRIQUE DES DONNÉES : L'ENTREPRISE

La participation au cœur des structures. Comme nous allons le voir, la donne est quelque peu différente au sein de l'Entreprise. En effet, nos investigations confirment le fait qu'une fois la transformation des structures vers l'agilité effectuée, les dispositifs participatifs permettant d'agir sur l'organisation du travail représentent une part plus importante que les mesures centrées sur les individus. Cela est principalement dû à la structure horizontale de l'organisation qui la rend participative dans ses fondements. Ce type de structure se fonde sur un organigramme non pas pyramidal mais en « Cercles » fondés sur l'auto-organisation. Nous verrons par la suite que cela ne signifie pas forcément une absence complète de hiérarchie et de verticalité au sein de l'entreprise et que certaines décisions restent l'apanage du cercle de la Direction. Aussi, chaque Cercle, fondé sur une « Raison d'Être », est détenteur d'un « Domaine » de compétence particulier et composé de différents « Rôles », eux-mêmes fondés sur une Raison d'Être et détenteurs d'un Domaine, tenus par des employés et organisés autour de la Raison d'Être commune du Cercle qui les contient (SEMAWE 2021). De plus, chaque

salarié peut détenir plusieurs Rôles au sein de son Cercle (SEMAWE 2021).

L’holocratie : le collectif responsable du fonctionnement de l’entreprise. Nous débutons l’analyse du niveau de participation des employés quant à leur (bien-être au) travail par l’étude de l’**importance donnée à leur implication dans sa définition et sa construction**. En l’occurrence, trois cas de figure se dégagent. Le premier concerne le degré d’implication des employés dans le processus d’élaboration des structures horizontales car nous considérons que cela a un impact sur leurs conditions de travail et leur bien-être. Le second concerne leur degré de participation dans les discussions et décisions liées aux problèmes qu’ils rencontrent dans leur travail et aux solutions pour les résoudre. Enfin, le troisième aspect porte sur la mesure dans laquelle les salariés sont intégrés dans l’élaboration des mesures de GSE en tant que telles.

Premièrement, il ressort des entretiens que les employés n’ont pas été impliqués dans le processus d’horizontalisation de l’entreprise. En effet, la prise d’initiative et la mise en œuvre se sont circonscrites aux directeurs associés, l’impulsion de départ ayant été donnée par l’associé avec lequel nous nous sommes entretenus. L’annonce du projet de transformation a été faite de manière *top-down* lors du colloque annuel rassemblant l’ensemble des salariés fin 2016, pour l’engagement du changement début 2017. Le Directeur associé a conscience que cette manière de faire a pu être ressentie comme « brutale » (entretien avec le Directeur associé, 2021), selon ses mots, par plusieurs employés. Il évoque le fait que l’aspect gestion du changement n’a pas fait l’objet d’une grande attention par les initiateurs du projet.

Deuxièmement, parmi les modifications structurelles figure le remplacement des entretiens annuels avec les chefs de secteur par les « séances de triage des tensions ». Ce système est celui sur lequel repose fondamentalement les possibilités de participation des employés aux discussions et décisions quant à leur travail et conditions de travail. En effet, au-delà des séances de gestion de projet, des séances de triage sont

régulièrement tenues dans chaque secteur ou Cercle. Ce système permet à n'importe qui de « déposer une tension » quant à tout problème perçu, qu'il soit d'ordre technique, relationnel ou organisationnel et permet de contrebalancer les prises de décision autonomes des autres Cercles. Le but étant de dissoudre les tensions au fur et à mesure qu'elles se présentent.

Troisièmement, le Rôle « Climat social » étant né il y a environ un an et demi, il est encore en construction et est déjà porteur de quelques mesures visant spécifiquement la santé des employés. En effet, principalement centrées sur les individus, elles visent à établir un climat relationnel agréable entre collègues, à recueillir des données permettant de fonder une action à la suite d'un problème constaté chez un employé, de développer par la suite de nouveaux outils et de favoriser et automatiser l'expression du mal-être s'il survient. Bien que les structures agiles de l'entreprise en fassent fondamentalement un environnement capacitant favorisant la préservation et l'amélioration de la SMT, comme nous le verrons, l'importance de ce Rôle est reconnue. Ainsi, la responsable « Climat social » avec laquelle nous nous sommes entretenus fait partie des cinq employés tenant cette fonction. Or, c'est déjà du fait que ce Rôle est « annexe » (entretien avec la responsable « Climat social », 2021), co-construit et pris en charge en supplément de leurs Rôles principaux par ses tenants que la dimension participative est présente dans ce cadre. Les mesures de GSE en émanant sont ainsi élaborées dans une logique *bottom-up*. Les autres employés, externes à ce Rôle, sont quant à eux impliqués dans l'élaboration des programmes dans la mesure où les projets qui en proviennent sont d'abord testés dans certains Cercles avant leur mise en œuvre généralisée au sein de l'entreprise.

A présent, afin d'établir le **niveau de participation** offert par les méthodes de travail agiles, nous commençons par détailler en quoi a consisté la transformation de la structure organisationnelle de l'Entreprise et son fonctionnement. Ainsi, concrètement le changement a consisté en le passage d'une organisation traditionnelle fondée sur un organigramme pyramidal à une organisation fondée sur un modèle holocratique abandonnant les hiérarchies au sens traditionnel. En effet, s'il reste une

certaine dimension hiérarchique sur le plan fonctionnel, l'exercice d'un pouvoir de décision par certains sur les autres employés de l'entreprise et leur travail a disparu. D'une part, cela est dû au fait qu'en holocratie, le propriétaire « délègue la responsabilité ultime [du fonctionnement] de l'entreprise au collectif » (Directeur associé), mais qu'il conserve l'apanage de certaines décisions. En l'occurrence, au sein de l'Entreprise, celles liées à l'orientation stratégique de l'organisation, au budget et à la rémunération reviennent au Cercle « Management agile », la Direction. D'autre part, comme l'explique le Directeur associé, certains mécanismes *top-down* provenant de la structure traditionnelle ont été maintenus « parce qu'ils fonctionnent » (Directeur associé), et aussi parce que tendre vers un idéal-type de parfaite horizontalité est impossible en réalité ou alors ce ne sera peut-être pas ce qui sera le plus approprié au cas spécifique de telle ou telle organisation. Ainsi, dans les faits, l'Entreprise est divisée en deux niveaux, celui de la « gouvernance » et celui de l'« opération ». Plus on s'approche de l'opérationnel, plus elle est horizontale et les décisions « distribuées ». Du reste, le Cercle « Management agile » s'inscrit dans le même principe de fonctionnement que celui qui prévaut au sein et entre les autres Cercles qui composent l'Entreprise. Les Rôles et leurs Domaines sont la « chasse gardée » (Directeur associé) du Cercle et/ou de l'employé qui y a souscrit ou à qui il a été « accordé » par le Cercle (SEMAWE 2021) et il en est responsable. En effet, « tout Leader [d'un] Rôle peut contrôler [son] Domaine au nom du Cercle » (SEMAWE 2021). Ainsi, un certain pouvoir et son pendant, la responsabilité ou des « redevabilités », sont donc dévolus à chaque Cercle et aux tenants de chaque Rôle, au regard des autres. Ce système se fonde sur le principe visant à faire confiance au Cercle et/ou à la personne détentrice des compétences associées.

Dans l'Entreprise, le principe participatif se retrouve ainsi à tous les niveaux, dans une logique tant *bottom-up* que *top-down*. En effet, l'entreprise est organisée en différents Cercles composés à leur tour de différentes équipes, ou « Sous-Cercles » (SEMAWE 2021), autonomes et constituées de personnes tenant un ou plusieurs Rôles qu'ils contrôlent.

Comme il n'existe pas de hiérarchie intermédiaire, différents mécanismes et espaces de discussion permettent la communication et la coordination entre ces diverses unités. Si les espaces de discussion que sont les séances de triage sont institutionnalisés au sein de l'organisation, se retrouvant dans tous les Cercles, chacun d'entre eux s'auto-organise en revanche comme il le souhaite quant à divers aspects. Par exemple, ces derniers choisissent le nombre d'équipes en lesquelles ils jugent utile de se décomposer, de même qu'ils déterminent la fréquence des réunions de triage. Or, il semble que le rythme équivalent à une séance de triage toutes les deux semaines soit partagé par une majorité de Cercles. De même, chaque Sous-Cercle s'auto-organise en toute autonomie quant à la distribution et à la réalisation des projets et tâches. De plus, chaque employé y gère librement son travail après répartition. Cependant, il est à noter que cette liberté a pu mener à des difficultés de coordination et de communication entre les différents intervenants sur les projets communs. Afin d'y remédier, le rôle du chef de projet a été d'élaborer et mettre en place une nouvelle méthodologie de gestion de projet améliorant la coordination des projets complexes.

Les **espaces de discussion** sont au nombre de deux. Le chef de projet nous fait part de l'existence des « séances classiques de gestion d'un projet » (entretien avec le chef de projet, 2021) qui se tiennent au niveau des équipes et des « séance de triage des tensions » qui ont lieu au niveau des Cercles. La raison d'être de ces dernières est de parler de l'organisation et des tensions soulevées par les employés lorsqu'ils rencontrent un problème dans leur travail, dans le but d'y trouver une solution et faire disparaître la tension. Les décisions ne s'y prennent ni au vote, ni par compromis, mais au consensus, de sorte que cela convienne au mieux à tout le monde. L'efficacité des discussions au cours des séances est favorisée par un facilitateur (médiateur) qui veille à ce que les discussions ne s'éparpillent pas. Les discussions de cette nature peuvent être circonscrites aux Cercles, mais aussi avoir lieu entre eux. Trois rôles particuliers existent dans chacun d'eux de manière à assurer leur bon fonctionnement, la communication et le règlement des conflits. D'abord,

le « Facilitateur » que nous venons de citer. Ensuite, le « Coordinateur » qui veille à ce que le « Cercle vive, que tout le monde s’y sente bien » (Chef de projet). Enfin, le « Second lien » tient la fonction de porte-parole du Cercle auprès des autres lorsqu’une tension émerge et est ensuite chargé d’y revenir avec une solution. Le système des séances de triage recouvre les caractéristiques des espaces de discussion sécurisés structurés sur le travail.

Ainsi, nous pouvons déterminer le niveau de participation des employés de l’Entreprise comme étant de nature directe, touchant à tous les domaines de travail (cf. PSS 2017a), avec une nuance concernant les questions stratégiques qui restent la prérogative du Cercle « Management agile ». Les décisions y étant prises peuvent toutefois être sujettes à discussion via le mécanisme du dépôt de tensions. Aussi, la fréquence de la participation est élevée et régulière, aux degrés 3 et 4 sur 4, par le biais d’espaces de discussion et groupes de travail autonomes.

Comme déjà esquissé, l’**autonomie des travailleurs** s’inscrit au cœur des structures horizontales de l’entreprise qui sont aussi synonymes d’**institutionnalisation des dispositifs participatifs**. Le fonctionnement est également fondé sur le **principe de la subsidiarité organisationnelle**. En effet, ce principe veut que la décision revienne au niveau le plus bas pertinent pour l’action (Rocha et al. 2017). Or, dans l’Entreprise, chaque Rôle détenant le pouvoir sur son Domaine, c’est toujours d’abord au niveau le plus bas que s’exerce la prise de décision et l’action. Car si les individus ont un pouvoir de décision quant à leur propre travail, ils participent aussi aux discussions et décisions au sein de leur équipe, de leur Cercle et entre les Cercles qui affectent leur travail. De plus, comme nous l’avons évoqué plus haut, c’est au niveau de l’« opération » que la structure est la plus horizontalisée, permettant beaucoup de liberté d’organisation et d’autonomisation dans le travail. La responsable « Climat social » explique d’ailleurs que l’Entreprise a toujours été fondée, même avant la transformation de ses structures, sur le principe selon lequel « celui qui est tout au bas de l’échelle a toujours son mot à dire » (entretien avec la responsable « Climat social », 2021). En effet,

« s'il y a quelque chose à changer, c'est probablement lui qui sait le mieux et non celui qui est tout en haut, dont ça fait longtemps qu'il n'a plus fait de technique » (Responsable « Climat social »). Le développeur quant à lui relate une expérience vécue de situation bloquée qui a pu être contournée à son niveau, grâce à « l'agilité » (entretien avec le développeur, 2021) qui offre une marge de manœuvre telle que chacun peut développer des solutions alternatives et les proposer ensuite à ses collègues. Cette flexibilité se retrouve dans les propos du Directeur associé lorsqu'il dit qu'à ce jour, la transformation de l'entreprise n'est toujours pas achevée et que des ajustements sont toujours en cours. Ce que confirme le chef de projet : « Rien n'est figé *ad aeternam* » du fait que « le but est de faire disparaître les tensions que chaque collaborateur pourrait rencontrer » (Chef de projet). Ainsi, la structure est en perpétuelle évolution car poser les tensions lorsqu'elles sont vécues mène à modifier l'organisation et à l'adapter constamment. Sa propre expérience permet d'illustrer le principe de subsidiarité organisationnelle sur lequel est fondé le système de triage des tensions. En effet, il a utilisé le système de dépôt de tensions pour proposer lors d'une séance de triage sa nouvelle méthodologie de gestion de projet comme solution aux problèmes cités plus haut. Cette dernière ayant été acceptée par le collectif, il a ainsi modifié l'organisation du travail de l'entreprise sans passer par aucune hiérarchie. Bien qu'il reste des mécanismes *top-down* au niveau de la « gouvernance », cela s'inscrit encore dans le principe de subsidiarité par le fait que dans ce cas-ci, d'une part, la Direction reste le niveau le plus pertinent pour la prise de décision sur certaines questions car elle a une « vision globale » (Directeur associé). Et d'autre part, par la possibilité que les employés ont d'engager une discussion sur celles-ci via le système de tensions si les décisions prises à ce niveau affectent le travail du niveau opérationnel. Ce qui permet toujours une marge de manœuvre aux employés et n'annule pas la possibilité de reconfiguration de l'organisation (Rocha et al. 2017 ; Petit et Dugué 2013).

Quant à l'encouragement à la participation, il vient de l'objectif même de faire disparaître les tensions « afin que tous se sentent le mieux possible

au sein de l'entreprise » (Chef de projet). Dans cette optique, et selon le chef de projet, les gens sont « même encouragés à soulever les tensions rencontrées, à parler de leur situation, à réfléchir avec les autres » (Chef de projet). Aussi, du fait que les séances de triage sont institutionnalisées, la dimension participative est pleinement intégrée dans le temps de travail des employés.

Effets des méthodes de travail existantes et mesures de PSE sur le bien-être. Concernant l'évaluation des méthodes de travail participatives et des mesures de GSE sur la santé mentale des employés, nous relevons qu'aucune enquête n'a été réalisée à proprement parler car le Rôle « Climat social » est toujours en construction. Jusqu'à présent, les retours sont émis de façon directe, par le biais de discussions informelles avec les collègues et les clients, selon le Directeur associé.

On nous explique tout de même que ces méthodes de travail demandent de trouver un équilibre dans la gestion de son temps. En effet, l'autre versant de la gestion autonome est la possibilité d'en faire trop, des cas de burn-out ont déjà existé. Si certains de nos répondants ont déjà expérimenté l'équilibrisme sur cette délicate frontière, aucun d'entre eux ne semble subir ce mode d'organisation. Au contraire, ils expriment tous leur profonde satisfaction à évoluer dans un tel environnement. Un discours univoque est tenu quant au fait qu'ils apprécient cette flexibilité, globalement : les possibilités de débattre, de s'auto-organiser dans son travail, la liberté d'établir ses horaires en fonction de ses besoins, le fait que rien ne soit à jamais fixé et imposé définitivement et la possibilité de revenir sur chaque chose par la discussion, d'avoir la liberté d'élaborer ses propres solutions et en retour, la responsabilité partagée qu'impliquent les prises de décision collectives. Deux de nos répondants relèvent aussi les possibilités d'évolution professionnelle, pour ceux qui veulent « être dans cette expansion » (Responsable « Climat social »). En effet, les employés ont la liberté de s'ouvrir à des rôles supplémentaires, en fonction de leurs compétences et de leur envie d'en développer de nouvelles. Le chef de projet apprécie l'absence de hiérarchie et l'efficacité des réunions par rapport à ce qu'il a connu dans des structures

traditionnelles. Enfin, l'importance donnée à l'« humain », à la bienveillance, la confiance et la collaboration – principes et valeurs de l'horizontalité qui ont toujours été dans l'ADN de l'entreprise même avant sa transformation, selon la responsable « Climat social » et le Directeur associé – est aussi souvent mentionnée comme bénéfique.

Le discours officiel en parallèle de la réalité du travail vécu. Nous ne dénotons pas de contradictions entre les dires du Directeur associé et de nos autres répondants. Le Directeur associé mentionne d'ailleurs à plusieurs reprises l'importance de nuancer la qualification de son entreprise comme étant complètement transposée sur un modèle holocratique. Il met un point d'honneur à éviter de « diffuser une fausse image de la manière dont l'entreprise fonctionne [...], le mythe de l'organisation totalement horizontale » (Directeur associé) et fait référence au principe du *greenwashing*.

La différence entre privé et public ? Une question de mentalités. Selon le Directeur associé, plus qu'une question de compatibilité ou non entre ce modèle horizontal et le secteur public, il s'agit d'être prêt à changer. Il note tout de même les possibilités plus élevées dans le secteur privé de pouvoir « aller vite » dans les prises de décision, pour ce qui est de la transformation des structures, par exemple. Selon lui, une première étape serait de s'attacher à améliorer la transparence en termes d'information qui mènerait à casser des hiérarchies. En effet, un certain nombre de chefs tiennent ces positions parce qu'ils « ont cette ressource de l'information par rapport à leur subalternes », ce qui permet le maintien d'un « pouvoir par le savoir » (Directeur associé).

6 DISCUSSION

6.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

6.1.1 L'HÔPITAL

Une individualisation de la problématique de la santé mentale au travail. Les résultats obtenus permettent de confirmer la tendance dominante à la priorisation des mesures centrées sur la transformation des comportements individuels qui tendent à individualiser les problèmes ayant une origine structurelle et seraient donc les moins efficaces (Noblet et LaMontagne 2006 ; etc., voir *supra* p. 18 ; Lhuilier, 2010a ; etc., voir *supra* p. 18).

D'abord, la suspicion d'inefficacité des mesures proposées pour résoudre les problèmes rencontrés par nos répondants dans leur travail peut être confirmée par le fait que si certains d'entre eux ont entendu parler de séances de méditation, par exemple, ils n'y ont pas encore eu recours ni n'ont eu le réflexe de se tourner vers ces solutions pour surmonter les difficultés qu'ils relèvent (stress et surcharge de travail, par exemple). Cela est à ajouter à leur conscience du fait que l'origine desdites difficultés n'est pas individuelle. Ensuite, l'idée selon laquelle les problèmes de SMT ainsi que leur gestion tendent à être représentés comme relevant de l'individu transparait à travers les réponses de certains supérieurs dont l'infirmier dit faire une expérience récurrente. En l'occurrence, lorsque ses collègues et lui se plaignent de leurs conditions de travail intenses, il leur serait souvent rétorqué : « Il faut lâcher prise, moins prendre sur toi ». « Au lieu de reconnaître que c'est le système qui fonctionne pas, ils pointent la personne » (Infirmier). Une autre répondante évoque aussi pour elle-même l'option « lâcher prise ». Nous reconnaissons ici la dynamique qui sous-tend selon Brunel (2016) le processus d'*empowerment* néolibéral, demandant à l'individu d'« être en mesure de gérer son engagement subjectif et son investissement affectif au travail pour ne pas se trouver trop impliqué ou trop stressé » (2016 :

35). Enfin, l'ASSC évoque spontanément les possibilités de mobilité dans d'autres services si elle veut aller vers « quelque chose de plus léger » (ASSC), reconnaissant que les offres de développement professionnel sont nombreuses au sein de l'institution.

Ces résultats peuvent être interprétés à la lumière du prisme de la responsabilisation individuelle, sous-tendant « l'individualisation de la santé » (RÉFIPS 2012 : 42), comme de la SMT. En résonance, les outils proposés pour la résolution des problèmes de SMT sont de nature individuelle et induisent une nécessité de responsabilisation quant aux choix à effectuer pour y remédier. Les erreurs de parcours pour cause de mauvais choix, que l'on peut interpréter ici comme la non-utilisation des solutions proposées par l'institution, sont également de la responsabilité de l'individu que l'on enjoint en dernier recours de « quitter le service ».

Un pouvoir d'agir individuel vigoureux mais entravé. L'importance donnée aux mesures individuelles correspond parallèlement à la rareté et à la faiblesse des possibilités structurelles de participation offertes au sein de l'Hôpital. Bien que nos résultats indiquent que le PA psychologique de nos répondants soit vif, le développement de leur PA est entravé par la rareté des dispositifs participatifs. De plus, si nous relevons l'existence d'initiatives individuelles d'encouragement à la participation de la part de certains supérieurs directs, nous constatons au travers des témoignages recueillis qu'elles ne se perpétuent pas dans le temps. Cela à l'inverse de celles instituées, bien que ponctuellement, par les niveaux hiérarchiques plus élevés comme cela a été le cas du groupe de travail institué au sein de l'équipe de soignants⁴. Selon Rocha (2016), le pilotage de ces dispositifs nécessite « que le comité de direction soit engagé dans la démarche de façon à fournir des moyens techniques, organisationnels et humains » (2016 : 35). En effet, selon Friset-Brosseau (2015) :

Ce sont les membres de la haute direction qui choisissent si l'organisation adopte ou non une politique et des pratiques de gestion favorables à la santé. Ce sont eux qui dégagent des ressources pour la promotion de la santé au travail. (2015 : 88)

Les bénéficiaires à la périphérie de la définition des problèmes et des solutions. Relativement à nos données empiriques, la sollicitation des premiers concernés manque à toutes les étapes du processus d'élaboration du projet de GSE, de l'état des lieux initial à l'évaluation des mesures mises en œuvre, en passant par leur élaboration. C'est pourtant ce à quoi tendent à inciter les deux sous-critères impliquant la participation des employés figurant dans la Directive Critères de qualité pour la GSE. En effet, le sous-critère 2d « Participation », contenu dans le critère n° 2 « Aspects de la gestion du personnel et de l'organisation du travail » vérifie qu'« en complément des exigences légales concernant la participation », « l'organisation favorise la participation des collaborateurs également dans le domaine du travail quotidien et de la conception des conditions de travail » (PSS 2017a : 31). Le sous-critère 5d « Détermination et mise en œuvre des mesures » du critère n° 5 « Mise en œuvre de la gestion de la santé en entreprise » recommande d'impliquer les employés dans le processus de construction des « dimensions pertinentes pour la santé » (PSS 2017a : 59) lors de la phase d'« analyse de la situation actuelle » (PSS 2017a : 61) qui permet de poser « les bases de la définition des mesures appropriées conformes aux besoins » (PSS 2017a : 59). Ces derniers n'étant, à notre connaissance, pas ou peu relevés et pris en compte, il n'est dès lors pas exclu d'envisager que les solutions élaborées pour y répondre soient susceptibles de manquer leur cible. En effet, les propos recueillis tant des soignants que du membre du SGSE permettent de déterminer que les bénéficiaires des mesures ne sont pas directement impliqués dans l'élaboration des solutions. Et s'ils le sont, c'est de manière ponctuelle et indirecte via des syndicats ou autres représentants, lors de leur invitation à certaines séances du COPIL.

Ainsi, sur la base de nos résultats, nous nous essayons à l'appréciation de la dimension participative existante au sein de l'institution, grâce à la Matrice d'évaluation FWS (PSS 2017b : 2 et 6 ou cf. Annexe 2). Nous évaluons la note du sous-critère 2d à 1, voire 2 sur 5. Or, c'est le degré n°3 de l'échelle de notation qui correspond à la participation telle

qu'entendue par la Charte d'Ottawa. Quant au sous-critère 5d qui implique la participation au 3^e degré de l'échelle, sa note n'atteint indéniablement pas 3.

Des effets modérés de mesures participatives presque inexistantes. La récolte des données n'a pas permis d'établir les effets des mesures participatives mises en place au cours de la labellisation sur la SMT car elles ne semblent pas avoir fait partie du projet, à part pour ce qui est du COPIL et de l'invitation ponctuelle de représentants du personnel à certaines de ses séances. De plus, le membre du SGSE ne semble pas avoir pris sur la question de l'évaluation des mesures de GSE. Il cite toutefois parmi d'autres un questionnaire visant l'évaluation de l'expérience des employés, dont le responsable est membre du COPIL. Dans un document publiquement disponible, on apprend que cet instrument de pilotage a été développé en collaboration avec des cadres intermédiaires qui l'utiliseront. Cette démarche est intéressante sur le plan de l'implication des utilisateurs de l'outil dans son élaboration et adéquat en termes de recueil des avis des bénéficiaires finaux. La description ne fait cependant pas mention du fait que ces derniers aient été consultés au cours du processus de construction de l'instrument. Nos répondants indiquent également ne pas avoir souvenir que leurs conditions de travail aient fait l'objet d'évaluations. Un répondant se remémore peut-être avoir rempli un questionnaire provenant de la médecine du personnel.

En revanche, les résultats de notre étude permettent d'établir les effets de la rareté des dispositifs participatifs, hors du cadre de la labellisation. Nous ne commenterons pas l'ensemble de ces dispositifs déjà détaillés *supra* (dans la partie Analyse des données : colloques et informations descendantes via les canaux numériques), dont nous déduisons, à l'appui des retours de nos répondants, que la faiblesse induit des effets moindres sur la préservation et l'amélioration de la SMT des employés. Nous dénotons néanmoins des effets positifs générés par le groupe de travail mis en place au sein de l'équipe de soignants⁴.

Du discours officiel à la réalité, une déconnexion délétère. Cette déconnexion est perceptible au travers des contradictions entre les discours de l'institution et du niveau RH avec celui de nos répondants. En effet, en plus de ce qui a déjà été évoqué plus haut, il s'agit selon l'organisation d'entretenir et améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients par l'amélioration des conditions de travail du personnel, favorisant la santé et le bien-être (référence anonymisée). Or, nos résultats ne permettent pas de confirmer ces propos. Il est nonobstant possible de les interpréter soit comme des intentions, soit comme l'impression de la part de l'institution que c'est effectivement le cas. La seconde option est concevable si l'on se place sous l'angle d'une compréhension néolibérale de l'*empowerment* couplée à une méconnaissance de la réalité du terrain. Cette interprétation permettrait également de comprendre le témoignage du soignant⁴ lorsqu'il évoque qu'il ne perçoit pas les effets de la labellisation FWS. En effet, sous cet angle, si la compréhension de la notion d'*empowerment* et donc de la PSME telle que l'entend la Charte d'Ottawa est biaisée, alors il est possible d'y voir plus clair et de comprendre que les employés ne ressentent les effets des mesures de GSE que de manière moindre. Cela parce que nous aurions à faire dans une large mesure à des actions centrées sur les individus.

L'« invisibilité du travail réel » (Lhuilier 2010b) liée au manque de sollicitation de l'opinion et des savoirs d'expérience des employés lors de l'élaboration et évaluation des mesures de PSE, ainsi que l'absence d'institutionnalisation d'espaces de discussion sécurisés peuvent constituer des facteurs explicatifs de la déconnexion existant entre le discours de l'institution, la perception du management et le travail vécu des employés de terrain (Richard 2012 ; Rocha 2016). Le processus menant à cet état de fait est par ailleurs en partie explicité par deux de nos répondants. D'abord, l'infirmier qui se trouve être RI également, dit s'être vite rendu compte que dans cette position, la notion de la réalité du terrain se perd à force d'être dans la gestion plus qu'en contact avec les patients. En effet, le fait de « ne pas voir les patients, leur tête, la situation, c'est

juste des noms, donc on est moins touché ». Ces propos sont soutenus par l'ASSC en ces termes : « [les ICUS] ça fait des années qu'elles n'ont plus mis un pied sur le terrain donc elles savent pas ce que c'est les soins et quinze personnes en train de décompenser, etc. ». Nous pouvons ainsi imaginer qu'un processus de réification similaire est à l'œuvre dans le cas des RH envers les soignants. C'est d'ailleurs une possibilité que Lhuilier (2010b) met en lumière lorsqu'elle évoque l'exemple spécifique de la gestion hospitalière dans le cadre de la mise en place de programmes « d'amélioration des conditions de travail » [qui peuvent] paradoxalement amplifier les contraintes psychiques du travail » (Lhuilier 2010b : 40). En effet, certaines améliorations peuvent « [accroître] la pénibilité du travail » (Lhuilier 2010b : 40) par l'atteinte aux « représentations de l' « objet » du travail et leur fonction défensive (réification du patient manipulé comme un objet) » (Lhuilier 2010b : 40) car elles « [ne tiennent] pas compte des caractéristiques des activités des soignants confrontés à la dégradation somato-psychique des patients en long séjour, à l'intensification du travail par l'accroissement de la dépendance des malades âgés et par la réduction des effectifs du personnel » (Lhuilier 2010b : 40). Cela fait encore écho au témoignage de l'ASSC qui dit souffrir de la possibilité de perdre son empathie à cause de la surcharge de travail.

Outre le manque d'implication des employés dans les discussions et décisions liées à leur (bien-être au) travail, cette déconnexion peut être induite par la verticalité de l'organisation. Il est en effet permis d'imaginer au regard de ce que nous retenons de nos entretiens au sein de l'Entreprise que la longueur des lignes hiérarchiques et les différents filtres par lesquels chaque décision doit passer peuvent avoir des effets sur la méconnaissance de la réalité du terrain. C'est ce que relève le chef de projet qui a travaillé dans une structure traditionnelle dans laquelle, selon lui, les informations se perdent ou se déforment au cours de leur transmission aux échelons supérieurs.

Enfin, l'absence d'espaces sécurisés permettant la libre expression peut mener à ce que, par peur de sanction des comportements intégrés comme

mauvais, les employés ne remontent plus les critiques et problèmes rencontrés sur le terrain. Nos résultats indiquent que cette expérience a été faite directement ou indirectement par l'ensemble de nos répondants soignants, comme développé *supra*. Or, selon Rocha (2016) et Rocha et al. (2017), le « silence organisationnel » trouve une porte de sortie par les espaces de discussion libres et sécurisés (2016 ; 2017).

Les raisons de la participation boudée ? Si nous avons eu accès au point de vue d'un membre de la DRH, nous aurions peut-être pu enrichir notre compréhension des raisons du choix privilégiant les mesures centrées sur les individus au détriment des interventions de prévention primaire et participatives. Nous sollicitons donc des explications tirées de la littérature. Divers auteurs citent deux obstacles potentiels à la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire, en sus des représentations faussées et individualisantes de la problématique de la SMT. D'abord, elles réclament le déploiement de ressources conséquentes (Rouat 2010 ; St-Arnaud et al. 2010). Puis, la complexité de ce genre de processus « [nécessite] d'impliquer les différents acteurs et [engager] leur volonté d'agir sur les sources du problème » (Rouat, 2010 : 62).

Quant aux entraves à la mise en place de dispositifs participatifs, la nature publique ou privée de l'organisation ou son secteur d'activité sont-ils en cause ? Le développeur de l'Entreprise et l'ASSC ont évoqué les différences liées à ce dernier point, notamment les facilités ou la différence de nature des possibilités de participation que peuvent offrir respectivement le secteur de l'informatique par rapport à celui des soins, où les pratiques sont encadrées par de rigides protocoles. De même, le domaine hospitalier public est soumis aux flots de la NGP et de la NGOP, porté vers une maximisation de l'efficacité des services publics (Dayer 2015 ; Renschler et al. 2005 ; Emery et Giauque 2012). Nous relevons en l'occurrence l'impact de la révision en 2012 de la LAMal qui a modifié le « mode de financement des hôpitaux » (Dayer 2015 : 3) et instauré la concurrence entre les hôpitaux publics et privés de manière « à augmenter leur efficacité et à maîtriser la hausse des coûts » (OFSP 2014 : 2, dans Dayer 2015 : 3), comme le notent aussi Boschetti et Menoud (2015). Ce

type de considération doit peser sur les décisions d'attribution des budgets au sein des hôpitaux. De façon plus générale, plusieurs auteurs relèvent l'influence de la modification des rapports de pouvoir qu'implique la mise en place d'espaces de discussion induisant une transformation des circuits de décision (Muller et Mairiaux 2008 ; Petit et Dugué 2013 ; Rocha et al. 2017), de l'« adhésion partielle des acteurs de la santé publique au principe de participation » (Richard et al. 1999 : 101) et des perspectives de perte de contrôle qu'elle pourrait induire (Wilcox 1994). L'aspect idéologique semble ainsi avoir son importance, comme le relèvent aussi le Directeur associé de l'Entreprise – lorsqu'il met en avant la place que prend selon lui l'inflexibilité des mentalités – et PSS dans l'un de ses documents de travail, citant le risque de remise en cause des « postures traditionnelles » (Ischer et Saas 2019 : 5). Sont aussi évoquées les « difficultés de changer les habitudes de travail » (RÉFIPS 2012 : 49), le temps d'apprentissage que requièrent de tels projets (Ischer et Saas 2019 ; Richard 2012 ; Petit et Dugué 2013 ; Richard et al. 1999) et les difficultés pratiques liées à l'établissement d'infrastructures participatives adéquates tels que les espaces de discussion sécurisés centrés sur le travail (Rocha et al. 2017), en sus de « la méconnaissance des outils permettant de susciter la participation » (RÉFIPS 2012 : 49).

6.1.2 L'ENTREPRISE

Un environnement capacitant. La comparaison avec l'Entreprise permet de concevoir concrètement les caractéristiques d'un environnement participatif. En effet, au cours de sa transition vers le modèle holacratique, l'entreprise a opéré une reconfiguration des lieux et circuits décisionnels (Petit et Dugué 2013), désormais décentralisés à tous les niveaux de l'organisation. Ainsi, l'organisation en Cercles permet une adaptation constante de la structure (Rocha et al. 2017) en fonction des besoins et du bien-être des employés. En effet, fondée sur le principe de la subsidiarité organisationnelle, la structure intègre des espaces qui permettent des discussions collectives régulières sur les thématiques jugées d'intérêt et de quelque nature qu'elles soient (Rocha et al. 2017 ; Richard 2012). Cela est assuré par le système de dépôt et de triage des

tensions. De plus, il n'est pas exclu que les valeurs promues au sein de l'entreprise, telles que la confiance, la bienveillance et l'intelligence collective, favorisent une réelle coopération entre les acteurs impliqués dans les discussions, tel que le formulent Richard (2012) et Rocha et al. (2017). Sur la base du témoignage d'un interviewé, nous soupçonnons aussi que l'auto-organisation caractérisant les collectifs de travail composant l'entreprise induit une forme de responsabilité collective des décisions prises, qui implique à son tour la nécessité d'une coopération.

En somme, cette structure permet un mouvement tant *bottom-up* que *top-down*, partant de l'individu dans son contexte du niveau le plus local et individuel au plus collectif – de sa tâche à l'organisation du travail. Ainsi, nous décelons de nombreux indices de DPA des employés, autant dans sa dimension structurelle qu'individuelle. La présence d'éléments caractéristiques d'environnements supportifs ne se reflètent en revanche pas dans les témoignages recueillis de l'expérience de travail au sein de l'Hôpital, ni dans les mesures constituant le projet de GSE établi dans le cadre de sa labellisation FWS.

6.1.3 CONCLUSION

Promotion Santé Suisse, une politique de PSE restreinte à une acception néolibérale de l'empowerment. Nous validons ainsi notre hypothèse principale : la politique de promotion de la santé en entreprise proposée par la fondation Promotion Santé Suisse au travers du label Friendly Work Space ne favorise pas le DPA des salariés de l'Hôpital quant à leur (bien-être au) travail.

Cela est perceptible d'une part à travers le constat, fondé sur nos données, de l'absence ou de la faiblesse des mesures participatives intégrées à son projet de GSE, et d'autre part à travers le fait que l'obtention du label n'est pas conditionnée à la mise en œuvre de mesures impliquant la participation effective des employés. En effet, les organisations peuvent choisir de ne mettre en œuvre qu'une, deux ou trois mesures, pour autant qu'elles soient adaptées au problème visé par l'organisation et qu'elle(s) remplisse(nt) les critères de qualité pour atteindre une moyenne globale

de 3 sur 5 au minimum (Responsable de projets Training & Support GSE, 2021). Ainsi, si mesures participatives il y a au sein des projets de GSE des organisations labellisées, elles peuvent demeurer de faible degré, pour autant que la note obtenue pour les sous-critères intégrant une dimension participative soit compensée par celles d'autres sous-critères de qualité pour la GSE. Cela rend le processus de labellisation moins contraignant, alors que selon le Responsable Sensibilisation & Diffusion GSE, il l'est déjà tant que beaucoup d'organisations refusent de s'y engager (Responsable Sensibilisation & Diffusion GSE, communication personnelle, 9 mars 2021). Il nous est ainsi permis de concevoir à travers ce cas spécifique que l'application de la Charte internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé est influencée par son inscription dans le cadre néolibéral qui véhicule une conception de l'*empowerment* détournée de son sens initial. Cela complique l'atteinte de l'objectif de la promotion de la santé comme de la PSE. C'est néanmoins ce qu'indiquent les résultats de notre recherche qui contient par ailleurs plusieurs limites.

6.2 LIMITES

De la récolte. Nous en relevons au moins quatre. La première a trait au fait que nous remarquons en cours d'étude que le choix de circonscrire la récolte des données à la Direction, au membre du SGSE et aux employés de terrain et responsable direct de l'institution labellisée est une approche limitée pour appréhender la globalité des interventions de GSE. En effet, comme le mentionne le membre du SGSE, la GSE ne relève pas d'une seule personne. Le COPIL est divisé en plusieurs groupes de travail. Afin d'obtenir une vue d'ensemble plus riche des mesures élaborées et de leurs effets, il aurait été préférable de s'enquérir d'informations provenant d'autres membres permanents du COPIL et d'un représentant du personnel y ayant déjà été invité.

La deuxième limite est la relative non-représentativité de nos résultats dû au nombre limité de nos interviewés pour ce qui concerne tant l'Hôpital que l'Entreprise.

La troisième limite se trouve dans les possibles biais advenus dans les réponses ou à cause de l'absence de réponse à certaines questions de la part de certains répondants de l'Hôpital. En effet, la manière de poser les questions, ainsi que le caractère discursif de l'entretien semi-directif ont pu influencer les réponses des interviewés dans une certaine mesure, de même que nous faire oublier de revenir sur certains points qui auraient demandés à être précisés.

La quatrième limite est le fait que nous n'ayons pas eu accès à un membre de la DRH de l'organisation labellisée. Comme déjà mentionné, cela nous aurait permis d'obtenir des informations de première main sur ce qu'implique la mise en œuvre de mesures participatives au sein d'un organisme public, de même que sur les raisons qui ont présidé au choix de ne pas ou peu soutenir de telles démarches dans le cadre de la labellisation.

6.3 RECOMMANDATIONS

Il nous est toutefois possible d'émettre quelques recommandations, tant à l'attention de la fondation PSS qu'à celle de l'Hôpital.

Pour ce qui concerne **Promotion Santé Suisse**. Nous suggérerions en premier lieu qu'elle fasse de la dimension participative un élément crucial parmi l'ensemble des critères de qualité pour la GSE. Et ainsi qu'elle aligne les conditions d'obtention du label, qui semble être la plus haute distinction suisse en matière de GSE, avec ce qui constitue une politique de PSE visant le DPA des employés. Soit que la certification exige de mener des démarches combinant des actions de prévention et de promotion (Sivris et Leka 2015 ; etc., voir *supra* p. 19) tout en donnant une place centrale aux processus participatifs, ingrédient clé du succès des interventions de PS(M)E (ENWHP 2007 ; Muller et Mairiaux 2008 ; Friset-Brosseau 2015 ; Sarnin et al. 2012 ; Le Bossé 2003 ; Hassard et al. 2011 ; LaMontagne et al. 2007 ; etc., voir *supra* p. 20).

Seulement, s'engager dans un tel alignement, pour qu'il soit réaliste et réalisable demanderait d'agir en amont, dans le champ législatif. C'est ce

que nous recommandons en second lieu. En effet, selon Thomas Mattig (2013), Directeur de PSS, « la fondation n'étant pas un organe de la Confédération, ses compétences sont limitées » (2013 : 5), ainsi que ses ressources budgétaires (OFSP 2007). Engager un processus de promotion et d'élaboration d'un nouveau projet de loi succédant à l'échec de la Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (LPrév) en 2012 (Mattig 2013) serait salutaire. Cela permettrait à la fondation d'intervenir de manière significative en soutien des organisations souhaitant relever le défi de la labellisation, rendue plus contraignante par la réorientation de ses objectifs visant le DPA des employés, mais également plus efficace en termes de résultats ou impacts de politique publique (Bozio 2014). En effet, le projet de loi LPrév (2009)¹, sur lequel nous reviendrons par la suite, avait l'ambition d'« apporter au pilotage, à la coordination et à l'efficacité des différentes mesures toutes les améliorations nécessaires au renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, et à optimiser la conduite stratégique de la gestion des prélèvements pour la prévention » (Conseil fédéral 2009 : 6390)², de même qu'à lever le mécanisme de « frein aux dépenses » en la matière (Mattig 2013). Comme nous le verrons, une telle entreprise n'est pas tâche aisée. C'est pourquoi il nous semble d'intérêt que d'envisager également les possibilités de redéfinir la formulation du contenu des actes législatifs déterminant le mandat et les objectifs de la fondation : « Stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies » (RS 832.10, Art. 19). À cette définition pourrait être ajoutée la notion de « démarches participatives ». En effet, ancrer dans la législation « l'obligation de plus en plus fréquente, dans le cadre d'appels à projets, de développer des démarches participatives » (RÉFIPS 2012 : 49) aurait probablement « un impact déterminant sur les pratiques des acteurs locaux » (RÉFIPS 2012 : 49), comme ce fut le cas en

¹ FF 2009 6507 : « Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Loi sur la prévention, LPrév) » (Projet) du 30 septembre 2009 *Feuille fédérale* 43

² FF 2009 6389 : 6390

Belgique, dans la Fédération Wallonie-Bruxelles, au travers de son expérience d'application de la Charte d'Ottawa :

Les intervenants locaux soulignent l'importance de la définition légale de leur cadre de travail. Une amélioration possible de l'utilisation de la Charte d'Ottawa serait d'intégrer de plus en plus les stratégies proposées dans le cadre légal de fonctionnement des institutions, quels que soient leurs secteurs d'activités : inviter à développer des dimensions participatives, intégrer des approches intersectorielles pour favoriser le décloisonnement. (RÉFIPS 2012 : 52)

L'un des angles d'attaque de tels projets serait, et c'est ce que nous recommandons en troisième lieu, d'engager au préalable un processus de promotion accru des avantages de la participation des personnes concernées par les programmes de GSE auprès de toutes les parties prenantes, telles que les organisations (à tous les échelons : employés de terrain, cadres, RH et directions), les décideurs politiques, les professionnels de santé publique et la population en général. C'est d'ailleurs ce que recommande approximativement le rapport de PSS sur l'échec de la LPrév, mais concernant les mesures de prévention en général (Mattig 2013). En effet, une telle démarche de promotion est aussi utile pour l'amélioration de l'intégration des pratiques de promotion de la santé et de la participation (RÉFIPS 2012) en dépit du cadre législatif actuel (Mattig 2013). Cela peut notamment être effectué par le biais de campagnes de communication ciblées en fonction de ces différentes audiences et sur les lieux où elles se trouvent. Leur adjoindre une contextualisation de la problématique permettrait de mieux saisir les enjeux de la PSE (RÉFIPS 2012). Pour ce qui est des employés, nous recommandons spécifiquement que cela se fasse par le biais de communications interpersonnelles (conférences, groupes de discussion) de manière à éviter que cela ne se fonde et ne se perde dans un surplus d'informations numériques, et qu'elles soient intégrées dans leur temps de travail et comptées comme tel, afin d'en maximiser l'impact.

En quatrième lieu, nous proposons que PSS se fasse accompagnatrice de la mise en place de démarches participatives. Par exemple, par

l'élaboration et la proposition d'un guide des idées clés de la participation, à l'image de ce que propose Wilcox (1994), qui laisse une marge de manœuvre à l'application pratique contextualisée (Le Bossé et al. 2006). De plus, il serait utile de proposer des espaces de rencontre et/ou des moyens de mise en contact entre organisations s'inscrivant dans des démarches participatives et celles qui n'en sont pas là, afin de favoriser les échanges sur ces pratiques (RÉFIPS 2012). De même, PSS pourrait proposer ou encourager le suivi de formations (RÉFIPS 2012), par exemple à la mise en place de dispositifs participatifs, tels que des espaces de discussion démocratiques sécurisés et centrés sur le travail, des circuits de décision fondés sur le principe de la subsidiarité organisationnelle ou encore le mélange des deux en l'outil des espaces de discussion sécurisés structurés sur le travail et fondés sur la subsidiarité. Proposer des formations et/ou des prises de contact avec des facilitateurs professionnels pour animer les discussions démocratiques collectives serait aussi une option envisageable.

En cinquième lieu, nous suggérons qu'en parallèle de faire de la dimension participative un élément primordial de ses offres et projets de GSE, elle informe sur le caractère inefficace sur le long terme et contre-productif, voire délétère d'opter uniquement pour des mesures centrées sur les individus, sans action sur les contraintes organisationnelles. Cela à moins qu'une consultation préalable des bénéficiaires ait établi que celles-ci correspondent réellement à leurs besoins. Ou comme dans le cas de l'Entreprise, après avoir d'abord établi un environnement favorable à la préservation et à l'amélioration de la SMT. C'est similaire à ce que suggère Deschamps pour qui il serait préférable, « avant d'entreprendre un programme visant à changer des comportements individuels, [de] passer en revue les éventualités d'action sur l'environnement et de travail avec ceux qui en sont responsables » (Deschamps 2003 : 319).

Pour ce qui est de l'**Hôpital**, nous recommandons avant tout d'effectuer un repérage des supérieurs directs ayant déjà pris l'initiative d'encourager la participation de leur équipe sur un mode interpersonnel et de les soutenir dans cette voie, de même que de valoriser ce type d'initiative

personnelle et de rendre cette valorisation visible parmi leurs homologues. En effet, « les récompenses [ou la reconnaissance] améliorent l'efficacité de la participation, en étant non seulement un incitatif à cette participation, mais en guidant aussi les employés [par exemple] sur les comportements valorisés ou non par l'entreprise et sur les objectifs à atteindre » (Friset-Brosseau 2015 : 39).

Ensuite, le récit d'expérience de deux de nos répondants RI confirme l'intérêt d'améliorer la communication entre les supérieurs directs et leur équipe. Idéalement par le biais d'interactions interpersonnelles afin de remédier au recours en dernier ressort à l'option de la transmission des informations par courriel. En effet, ils relèvent l'utilité de favoriser une meilleure compréhension de certaines décisions des supérieurs et ainsi améliorer les relations entre niveaux hiérarchiques. L'établissement de moments de discussion dédiés semble ainsi approprié.

Aussi, et de manière générale, nous recommandons d'instaurer, au niveau des départements ou des services, des espaces de discussion démocratiques sécurisés afin, premièrement, de remédier à la déconnexion du management de la réalité du travail de terrain – la distance entre ces deux sphères comptant parmi les contraintes à l'intégration de démarches « écologique et participative » (Richard et al. 1999 : 101). De même, affermir la proximité fonctionnelle entre les acteurs (Richard, 2012) et ainsi le contact entre eux conduit à une meilleure connaissance de l'« autre ». Cela encourage la remise en question des croyances qui sont associées à cet autre et favorise *in fine* l'empathie et le développement de la confiance (Alexander et Link 2003 ; Richard 2012 ; Rocha et al. 2017), l'une des conditions permettant des espaces de discussion fonctionnels. De plus, cela permettrait aux employés de terrain d'exprimer librement leurs avis et de se sentir pris en considération. S'il serait préférable qu'il soit tenu compte de leurs opinions et ressentis dans la mesure du possible, il serait dans tous les cas judicieux de travailler à ce qu'ils ne se sentent pas simples récepteurs passifs d'une communication unilatérale, « ce qui serait une source potentielle de frustration » (Stocker et al. 2018 : 8). À l'inverse,

démontrer que la discussion est possible, leur faire part des raisons au principe de certains choix et les inclure dans la recherche de solutions favoriserait le développement de l'intelligence collective (Richard 2012) et mènerait *in fine* à des améliorations de l'activité et des conditions de travail (Collard et Drouard 2015 ; Petit et Dugué 2013) et sur la base de nos entretiens, à un affermissement de la cohésion d'équipe. Enfin, intégrer ces moments d'échange dans le temps de travail des employés et les établir sur une base plus régulière qu'une fois l'an permettrait d'institutionnaliser le processus et le rendre pertinent, attrayant et efficace.

Nous suggérons également l'instauration de circuits et lieux décisionnels fondés sur la subsidiarité faisant se rencontrer divers niveaux hiérarchiques et un représentant des RH. Cela permettrait d'accélérer les prises de décision sur les sujets et aspects dont il aurait été considéré, par exemple à la suite de discussions qui se seraient préalablement tenues au sein d'espaces de débat sécurisés centrés sur le travail, que tel niveau est le plus pertinent pour leur prise en charge (Rocha et al. 2017). De même, cela aurait l'avantage de fluidifier les discussions et améliorer la transmission des informations entre les différents niveaux (Collard et Drouard 2015).

Enfin, nous émettons une recommandation à l'intention des **organisations syndicales**. Il serait d'intérêt qu'elles portent une attention particulière à « accompagner l'intervention des salariés sur ces enjeux [et] stimuler leur pouvoir d'agir » (Bouffartigue 2012 : 9). Elles pourraient ainsi également investiguer plus avant la question de la participation.

7 CONCLUSION FINALE

7.1 RÉSUMÉ CONCLUSIF

En définitive, l'augmentation des problèmes de SMT accompagne le développement de l'État néolibéral et des NFOT. De même, l'évolution des représentations de la santé et de la SMT conjointement à la transformation de l'action publique donnent lieu à une nouvelle santé publique prenant la forme de la promotion de la santé. Cette dernière, fondée sur les cinq piliers stratégiques de la Charte d'Ottawa, réclame entre autres de traiter la dimension tant individuelle que collective des facteurs de risque et des déterminants de la santé, ainsi que de stimuler la « participation effective et concrète » des individus et communautés quant aux politiques et interventions en question. L'objectif final étant le DPA de ces derniers. L'objectif de la PS(M)E est identique et peut être atteint par la combinaison des trois types d'actions précitées qui est aussi corrélée à l'efficacité des interventions de PSMT. Or, la littérature comme les résultats de notre étude indiquent que l'approche privilégiée est celle centrée sur les individus, jugée peu efficace prise isolément et générant possiblement des effets néfastes sur la SMT. Parallèlement, les approches fondées sur une dimension participative restent les moins mises en œuvre. Cela se reflète dans les mesures élaborées par l'Hôpital dans le cadre de sa labellisation FWS.

Ainsi, si le tournant néolibéral induisant une horizontalisation de l'action publique serait propice à la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé et de PS(M)E tel que l'entend la Charte d'Ottawa, il tend plutôt à la biaiser. Cela transparaît à travers l'application de la Charte dans le cadre de la politique de GSE proposée par PSS sous la forme du label FWS qui traduit son alignement sur le paradigme de la responsabilisation individuelle. Ce dernier est sous-tendu par une compréhension biaisée de l'*empowerment* qui vide la notion de sa substance et de son potentiel émancipateur et bénéfique pour la SMT. En effet, si le modèle néolibéral d'*empowerment* prône l'émancipation de l'individu, tout comme le

modèle radical, il fait néanmoins abstraction de l'existence des structures collectives et des rapports de domination qui en émanent et les construisent. Il ampute ainsi les possibilités de contrôle des individus sur les déterminants de leur SMT, à l'inverse de ce que promeut la Charte d'Ottawa. Ainsi, l'individu considéré unique responsable de ses choix dans un environnement qui lui rend accessible les opportunités d'adopter des comportements favorables à sa santé doit porter seul le poids des risques socio-économiques, environnementaux et organisationnels. Cela sachant de surcroît que certaines catégories sociales et de salariés sont structurellement désavantagées (Bergeron 2010 ; Noury 2010). Nous sommes ainsi en présence de deux facettes de la responsabilisation, l'une contraignante et inopérante sur le long terme, l'autre émancipatrice et favorable à la SMT. En effet, le double processus de conscientisation et de mise en action à travers l'actualisation de leurs ressources individuelles et la prise en main des ressources structurelles permet aux individus et populations dominées de s'extraire de cette condition. Cela a un effet bénéfique sur leur bien-être au travail car, ils acquièrent d'une part les outils et compétences leur permettant d'expérimenter un vécu d'*empowerment* régulier et par là-même de se maintenir dans une position de contrôle sur ce qui est important pour améliorer leur (bien-être au) travail. Et d'autre part, les solutions qu'ils contribuent à élaborer et mettre en œuvre sont adaptées à leurs besoins, dans le contexte de leur pratique. Ainsi, les propos de Rouat (2010) lorsqu'elle parle de prévention primaire visant la modification de l'organisation sont ainsi transposables à la PSMT et à la participation : « L'objectif [de la PSMT], celui de [permettre la participation], semble à la fois la clef de la réussite et le principal frein à [son] utilisation » (2010 : 62).

Enfin, compte tenu des limites de notre étude et de ses résultats qui confirment la faible importance donnée aux démarches participatives, nous considérerions utile d'enquêter par la suite sur la perception que les diverses parties prenantes à l'élaboration des interventions de PS(M)E ont de la situation. En l'occurrence, pour ce qui est des dispositifs participatifs au sein des organisations, il serait intéressant d'interroger les managers

de proximité ou supérieurs directs dans leurs possibilités de soutien et d'encouragement à la participation. Aussi, connaissant l'existence d'un lien étroit entre la façon dont un problème est défini et les modalités de sa gestion (D. Giaque, communication personnelle, 27 septembre 2017), il serait important de questionner les décideurs politiques quant à leurs représentations de la santé mentale, d'une part. Cela afin de vérifier et le cas échéant d'agir sur les perceptions éventuellement faussées qu'ils en auraient. Car « le rapport que l'organisation entretient avec la santé psychique se construit à quatre niveaux différents [dont] celui de l'institution et des dispositifs législatifs » (Rouat 2010 : 63). Et d'autres part, quant à leurs perceptions de la participation, pour les mêmes raisons.

7.2 OUVERTURE

Au-delà de cela, nous avons déjà développé un aspect de l'influence que les représentations et impératifs néolibéraux ont sur les décisions prises dans le cadre de la SMT et de la gestion hospitalière. Nous pouvons maintenant imaginer qu'en ce qui concerne le label FWS, l'influence des grandes entreprises en ayant co-développé les critères d'octroi (PSS 2021a ; PSS 2021d ; PSS 2017a) est un facteur explicatif de leur niveau d'exigence que nous qualifions de modéré au regard des objectifs de la promotion de la santé et de la PS(M)T. Nous y voyons également l'influence de la dimension plus incitative que coercitive du pouvoir étatique dans le cadre de la gouvernance néolibérale. En effet, selon nous et suivant Dubas (2006), le caractère non juridiquement contraignant de la politique de PSE mise en œuvre par PSS, corollaire du manque de législation, a un impact significatif sur l'efficacité de cette dernière (2006).

Afin d'illustrer ce point, nous présentons un rapide tour d'horizon de l'adoption d'outils de PSE mis à disposition par la fondation, parmi les informations publiques. Ainsi, pour ce qui est des chiffres disponibles, le rapport sur l'utilisation de la boîte à outils PME-*vital* établit que sur les 5000 entreprises inscrites sur la plateforme en ligne en 2014, entre 900 et

1000 l'avaient utilisée (au moins un des dix modules proposés) au profit de 21'600 salariés (Brägger 2014) sur un total de 588'623 PME employant 3'018'405 salariés (Confédération Suisse 2020). Cela sachant que « les PME forment plus de 99% des entreprises et génèrent deux tiers des emplois en Suisse » (Confédération Suisse 2020). Pour ce qui est des administrations publiques (niveau fédéral, cantonal et communal) ayant participé à l'Initiative de promotion de la gestion de la santé dans les administrations publiques, elles sont au nombre de 6 en 2013. Enfin, on compte à ce jour 81 organisations labellisées Friendly Work Space, dont quinze sont des PME, au bénéfice d'un total de 205'099 salariés (PSS 2021a ; PSS 2021e). Ainsi, depuis que le premier projet de GSE a été lancé, entre 2001 et 2004, à savoir le programme PME-*vital*, il semble que les organisations ont eu le temps de ne pas se laisser séduire par le récit de la préservation de la ST ou obtenir les ressources nécessaires à leur engagement dans l'aventure. Pouvons-nous y déceler des effets du récit de la responsabilisation libératrice ?

Pourtant, une proposition de loi à laquelle PSS a travaillé à l'élaboration, en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), s'est faite jour en 2009. La LPrév prévoyait d'ancrer au niveau juridique un quatrième pilier au système de santé suisse afin de :

Comblent une lacune de la législation fédérale en matière de prévention et de détection précoce des maladies non transmissibles ou psychiques [...] suite aux recommandations de la Commission spécialisée «Prévention et Promotion de la santé» instituée par le DFI, [...] et à une des principales propositions formulées en octobre 2006 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) visant au renforcement du système de santé suisse. (Conseil fédéral 2009 : 6390)

Le projet de loi est rejeté en 2012 au Conseil des États à la suite de vifs débats dominés par deux camps en opposition, tant au cours de la phase de consultation préparlementaire que sur la scène médiatique (Mattig 2013). En effet, au cours du processus se constitue l'«Alliance des milieux économiques pour une politique de prévention modérée»

(AEPM) » (Mattig 2013 : 11) – « fondée en «réaction à l’activisme démesuré de l’Office fédéral de la santé publique OFSP» » (Union suisse des arts et métiers usam 2009, dans Mattig 2013 : 11) – qui se voit contrée par l’ « Alliance pour la santé en Suisse ». L’opposition ne portait pas sur « la teneur du projet » (Mattig 2013 : 6) ayant été édulcoré, voire « quasiment [vidé] de toute sa substance » (Mattig 2013 : 19) au cours du processus, mais sur le « principe idéologique [de] l’opposition entre la responsabilité étatique et la responsabilité individuelle » (Mattig 2013 : 19). Finalement, malgré le fait que « le Parlement, les cantons et les organisations du secteur de la santé se [soient] majoritairement prononcés en faveur de la loi » (Mattig 2013 : 19), de même que l’opinion publique, « le lobbying ciblé » (Mattig 2013 : 18) et « permanent » (Mattig 2013 : 17) des membres de l’AEPM a eu raison du projet (Mattig 2013).

Ce cas illustre la thèse d’auteurs qui perçoivent en la configuration plus horizontale établie par la gouvernance néolibérale un phénomène très inégalitaire qui permet, sous des apparences de participation des diverses parties prenantes à la prise de décision politique, de faire pencher la balance du côté des intérêts les plus puissants, ceux des organisations privées (Deneault 2013 ; Canet 2004 ; Salles 2009, dans Capocci 2015). En effet, dans le cadre de la gouvernance qui s’étend « par-delà l’État » (Deneault 2013 : 27), ce dernier se mue en un simple partenaire aux côtés de la société civile et du secteur privé (Deneault 2013). Ainsi, les trois entités partenaires se retrouvent à la table des négociations quant à la gestion des affaires publiques, au sein d’« un processus de décision en partie découplé des institutions classiques de la démocratie représentative, qui passe par des voies plus informelles » (Blondiaux et Sintomer 2002 : 29, dans Dubas 2006 ; Deneault 2013). Renschler (2005) fait écho à ces propos en évoquant la participation communautaire et le risque de la voir devenir dans ce cadre un « outil de pouvoir qui favorise le développement des groupes organisés au détriment de la participation démocratique des individus et enfin qu’elle renforce les inégalités » (Renschler et al. 2005 : 12). Ces phénomènes sont encore accentués par le caractère néo-corporatiste des institutions suisses et les « dysfonctions » liées à la

participation lors de la phase de consultation préparlementaire (Papadopoulos 1997). En l'occurrence, il s'agit de formes de sélectivité menant à une prise en compte différenciée de l'opinion des participants au processus de décision politique, « les partenaires ne disposant pas des mêmes ressources » (Dubas 2006 : 16). Les décisions tendent alors à favoriser le statu quo (Papadopoulos 1997).

Dans ces conditions et dans sa position, au-delà des moindres ressources financières qui lui sont dévolues dans le cadre de son mandat au regard des enjeux (OFSP 2007), il semble difficile pour PSS de dépasser le cadre de l'incitatif, puisque la mise en œuvre d'actions de PS(M)E est laissée à la liberté et à la responsabilité seule des organisations (Blais 2006). Ainsi, il est possible d'imaginer que le niveau d'exigence que demande l'engagement dans le processus de labellisation doit demeurer mesuré, afin de le rendre le plus attrayant et accessible possible. De ce fait, mettre en place une politique de PS(M)T fondée sur un objectif d'*empowerment* véritable paraît ardu sans l'appui d'un appareil législatif. Alors,

Pour que l'*empowerment* puisse être plus qu'une méthode de développement ou d'adaptation et de responsabilisation des individus et reste un projet d'émancipation, se posent à la fois la question de l'intégration et celle du dépassement des individus et des groupes dans une perspective politique. (Bacqué et Biewener 2013 : 31)

Le renouvellement de la « critique sociale du travail » (Bouffartigue 2012 : 3) au travers d'espaces de discussion démocratiques où puisse s'exprimer la controverse permettrait d'apporter une solution à la « dépolitisation des enjeux du travail » (Bouffartigue 2012 : 3) – « tant au sein de l'entreprise que de la scène politique » (Bouffartigue 2012 : 3). L'attrait pour les démarches participatives dans le champ de l'action publique étant dans l'ère du temps (Dubas 2006), le contexte semblerait propice à la stimulation de l'ouverture d'une « fenêtre d'opportunité » (Kingdon 1984), les courants des problèmes et des solutions de politiques publiques (Ravinet, 2014) étant alignés. En effet, Promotion Santé Suisse pourrait se positionner en acteur phare de la tendance par la promotion et la favorisation de l'adoption de postures démocratiques, d'abord au sein

des organisations (Deschamps 2003 ; RÉFIPS 2012). Cela résonne en l'occurrence avec les propos du Directeur de PSS :

La promotion de la santé et la prévention modernes ne reposent pas sur la mise sous tutelle des individus, mais entendent au contraire renforcer leur capacité à agir. Il s'agit d'une exigence qui s'inscrit dans le droit fil des principes fondamentaux de la démocratie. (Mattig 2013 : 4)

Une telle ambition semble de surcroît appropriée dans le contexte de prolongement de la problématique dans le cadre de l'extension de la gouvernementalité néolibérale par le biais du développement et de la diffusion des nouvelles TIC dans le monde du travail. En effet, nous avons déjà évoqué le problème lié à la réification des employés de terrain par les gestionnaires RH – manipulant des noms ou des catégories professionnelles via un pilotage à distance, par l'intermédiaire de « protocoles numériques » (Sadin et Marissal 2015 : 76) en fonction d'indicateurs comptables (Davezies 2004 ; Dardot et Laval 2010). Ces méthodes de gestion, en plus d'accroître la pression sur les employés (Dardot et Laval 2010 ; Conne-Perréard et al. 2001 ; etc., voir *supra* p. 3), amenuisent le contact réel entre les personnes et avec lui la possibilité de « négociation sociale d'être humain à être humain » (Bayart 2021, dans Thinkerview 2021).

Or, de nouveaux risques pour la SMT émergent dans le cadre du paradigme de l'« Industrie 4.0 », incarné par la quatrième vague de développements technologiques engagée par Internet. En effet, cette dernière est fondée sur l'interconnexion et la communication entre les systèmes – basés sur des machines ou sur l'interaction entre l'homme et la machine (Brettel et al. 2014) –, dont la collaboration homme-machine au niveau du travail de terrain. Pour contextualiser, les transformations globales à l'œuvre dans nos sociétés contemporaines depuis les années 1990 ont accouché d'un environnement toujours plus turbulent. En effet, d'abord développé dans le champ militaire (Kirk 2013), l'acronyme anglais « VUCA » a ensuite gagné en importance dans le champ du management pour caractériser un environnement toujours plus « volatile », « incertain », « complexe » et « ambigu » (Sullivan 2012).

L'adaptation à ce dernier nécessite l'implémentation de méthodes de gestion « augmentées » par les nouvelles TIC intelligentes, de manière à permettre une gestion plus agile (Brettel et al. 2014) et « la capacité à s'adapter aux changements de manière rapide et efficace » (Schoenthaler 2019 : 2) car les organisations sont constamment confrontées au changement et à la pression d'innover et gagner en productivité pour survivre (Johansen et Euchner : 2013). C'est d'abord le secteur industriel qui opère cette transition dans le but de faire face aux transformations du marché dont la saturation a induit le passage d'une production de masse de produits standardisés à une production de masse de produits différenciés en fonction des besoins personnalisés des clients. Ainsi, plusieurs entreprises d'Europe, des États-Unis et d'Asie sont déjà engagées dans une course à l'adoption d'éléments de l'« Industrie 4.0 » (Rüßmann et al. 2015).

Govaere (2009) a documenté les risques que peuvent représenter certains éléments de cette nouvelle technologie industrielle digitale, à travers le cas spécifique du « guidage vocal » au sein des plateformes logistiques. En effet, cet outil assiste les employés dans la préparation des commandes en leur transmettant des informations une par une (types et nombre de colis à préparer), oralement par le biais de casques audio. Les effets relevés sur les travailleurs après quelques mois d'utilisation sont de l'ordre de ressentis d'irritation, de stress, de surcharge de travail cognitive et physique, et globalement une détérioration de la satisfaction au travail (2009). Sont également évoquées des « impressions de robotisation » (2009 : 9) liées à une perte d'autonomie et à une réduction de la communication verbale entre collègues et avec la hiérarchie, de même que le développement d'un « sentiment de déshumanisation du travail » (2009 : 9). Au-delà de la nature incitative des dispositifs concurrentiels établis au sein des entreprises sous la forme de l'évaluation quantitative générant une contrainte intériorisée (Dardot et Laval 2010), nous voyons poindre à la lueur de cet exemple, et en suivant Sadin (2018), la dimension explicitement coercitive que peuvent revêtir de tels systèmes, allant jusqu'à « édicter à des personnes les gestes à exécuter » (2018 : 257), se

substituant au « libre exercice de [leur] faculté de jugement et d'action » (2018 : 257).

Ainsi, l'actualisation, la préservation et l'amélioration du bien-être au travail et de la performance des organisations, de même que la gestion des coûts de la santé semblent nécessiter que l'agilité requise en ces temps turbulents et permise par les nouvelles TIC soit compensée par l'agilité organisationnelle fondée sur les interactions humaines et les encourageant en retour. Cela afin que les idéaux démocratiques ne prolongent pas leur évaporation au sein de rapports éventuellement toujours plus inégalitaires et déshumanisés... Il semble que l'objectif d'un tel projet ne puisse faire l'impasse sur la favorisation d'un *empowerment* véritablement émancipatoire. La responsabilisation politique émancipatrice, prémisses d'un nouveau récit à co-construire pour promouvoir l'avènement d'une « véritable *gouvernance* citoyenne » (Canet 2004 : 6) ?

8 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages, articles scientifiques, chapitres de livres, actes de conférence

- AJZEN Michel, DONIS Céline, TASKIN Laurent (2015) « Kaléidoscope des Nouvelles Formes d'Organisation du Travail: L'instrumentalisation stupide d'un idéal collaboratif et démocratique » *Gestion 2000* 32(3): 125-147
- ALEXANDER Laurel, LINK Bruce (2003) « The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness » *Journal of Mental Health* 12(3): 271-289
- ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (2007) « Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail » *Études et documents, séminaire scientifique du Réseau ANACT* 26
- ANDREANI Jean-Claude, CONCHON Françoise (2005) « Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing » *Actes du 4e Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe 2005*: 21-22
- ARNESON Hanna, EKBERG Kerstin (2005) « Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden » *Health promotion international* 20(4): 351-359
- ARNSTEIN Sherry (1969) « Une échelle de la participation citoyenne » *Journal of the American Planning Association* 35(4): 216-224
- BACQUÉ Marie-Hélène, BIEWENER Carole (2013) « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation? » *Idées économiques et sociales* 173(3): 25-32
- BÈQUE Marilyne (2014) « Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 » *Dares analyses* (031)
- BERGERON Henri (2010) « Chapitre 3 / Les politiques de santé publique » In Olivier BORRAZ (éd) *Politiques publiques 2: Changer la société*, Paris: Presses de Sciences Po, 79-111

- BLAIS Mathieu (2006) « Changement du paradigme de la santé publique et transformations de la forme de l'état » [Thèse de doctorat] *Université du Québec à Montréal*
- BOUFFARTIGUE Paul (2012) « Les risques psychosociaux. Quels enjeux de démocratie et de justice au travail? » In *Second forum de l'Association Internationale de Sociologie*
- BOURBONNAIS Renée, BRISSON Chantal, VINET Alain, VÉZINA Michel, ABDOUS Belkacem, GAUDET Michel (2006) « Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting » *Occupational and Environmental Medicine* 63(5): 335-342
- BOZIO, Antoine (2014) « L'évaluation des politiques publiques: enjeux, méthodes et institutions » *Revue française d'économie*, 29(4): 59-85
- BRETTEL Malte FRIEDERICHSEN Niklas, KELLER Michael, ROSENBERG Marius (2014) « How virtualization, decentralization and network building change the manufacturing landscape: An Industry 4.0 Perspective » *International journal of mechanical, industrial science and engineering* 8(1): 37-44
- BRUNEL Valérie (2016) *Les managers de l'âme: le développement personnel en entreprise, nouvelle pratique de pouvoir?*, Paris: La Découverte
- BUÉ Jennifer, COUTROT Thomas, GUIGNON Nicole, SANDRET Nicolas (2008) « Les facteurs de risques psychosociaux au travail » *Revue française des affaires sociales* (2): 45-70
- CALVÈS Anne-Emmanuèle (2009) « «Empowerment»: généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement » *Revue Tiers Monde* 200(4): 735-749
- CANET Raphaël (2004) « Qu'est-ce que la gouvernance » *Conférences de la Chaire MCD* (16)
- CAPOCCI Hélène (2015) « Les ambiguïtés de la responsabilité individuelle » *Entraide & Fraternité* 28: 51

- CARPENTIER-ROY Marie-Claire (1995) « Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail » *Santé mentale au Québec* 20(2): 119-138
- ÇAVUŞ Mustafa Fedai, DEMİR Yeter (2010) « The impacts of structural and psychological empowerment on burnout: a research on staff nurses in Turkish state hospitals » *Canadian social science* 6(4): 63-72
- COLLARD Damien, DROUARD Audrey (2015) « Mettre le développement du «pouvoir d'agir» au centre de l'intervention: une autre voie de prévention des risques psychosociaux? » In *Annales des Mines-Gerer et comprendre* (1): 53-61
- COMBY Jean-Baptiste (2014) « L'individualisation des problèmes collectifs: une dépolitisation politiquement située » *Savoir/Agir* (2): 45-50
- COUTROT Thomas, MERMILLIOD Catherine (2010) « Les risques psychosociaux au travail: les indicateurs disponibles » *Dares analyses* (081)
- DALLAIRE Nicole (2012) « Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'empowerment des travailleurs sociaux » *Intervention* 136: 6-17
- DARDOT Pierre, LAVAL Christian (2009) *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris: La Découverte
- DARDOT Pierre, LAVAL Christian (2010) « Néolibéralisme et subjectivation capitaliste » *Cités* 41(1): 35-50
- DAVEZIES Philippe (1999) « Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé » *La revue de l'AFTIM: SECURITE ET MEDECINE DU TRAVAIL* (127): 4-18
- DAVEZIES Philippe (2004) « Souffrance au travail: le risque organisationnel » In *Conférence introductive, Actes des journées médicales du CISME*
- DAYER Alexandre (2015) « L'hôpital public sous l'ère de la nouvelle gouvernance: une "camisole de force" pour le personnel soignant? » [Mémoire de fin d'études] *Lausanne, IDHEAP* 288

- DE MAILLARD Jacques, KÜBLER Daniel (2015) *Analyser les politiques publiques*, Grenoble: Presse universitaires de Grenoble
- DENEULT Alain (2013) *Gouvernance: Le management totalitaire*, Montréal: Lux Éditeur
- DERRIENNIC Francis, VÉZINA Michel (2001) « Organisation du travail et santé mentale: approches épidémiologiques » *Travailler* (1): 7-22
- DESCHAMPS Jean-Pierre (2003) « Une «relecture» de la charte d'Ottawa » *Santé publique* 15(3): 313-325
- DETCHESSAHAR Mathieu (2011) « Santé au travail: Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... » *Revue française de gestion* (5): 89-105
- DION-HUBERT Colette (1985) « L'ergonomie et la santé mentale au travail » *Santé mentale au Québec* 10(2): 8-12
- DOUILLET Philippe (2010) « «Risques psychosociaux»: un concept opérant... pour transformer l'organisation du travail? » *Nouvelle revue de psychosociologie* 10(2): 167-178
- DUBAS Daniel (2006) « Démarches participatives en Suisse » [Thèse de doctorat] *Université de Lausanne*
- EMERY Yves, GIAUQUE David (2012) *Motivations et valeurs des agents publics à l'épreuve des réformes*, Laval: Presses de l'Université Laval
- ENJOLRAS Bernard (2005) « Économies sociale et solidaire et régimes de gouvernance » *Revue internationale de l'économie sociale: recma* (296): 56-69
- FERNANDES Ariana Guilherme (2015) « (Dis) Empowering New Immigrants and Refugees Through Their Participation in Introduction Programs in Sweden, Denmark, and Norway » *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 13(3): 245-264
- FLÜCKIGER Alexandre (2018) « Gouverner par des «cups de pouce»(nudges): instrumentaliser nos biais cognitifs au lieu de légiférer? » *Les Cahiers de droit* 59(1): 199-227

- FRISSET-BROSSEAU Alexandrine (2015) « Le rôle de la participation des employés au processus de promotion de la santé au travail dans le développement d'une culture de promotion de la santé au travail » [Thèse de doctorat] *HEC Montréal*
- GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge (2006) « La santé au travail et ses masques » *Actes de la recherche en sciences sociales* 163(3): 4-17
- GOLLAC Michel (2012) « Les risques psychosociaux au travail: d'une «question de société» à des questions scientifiques. Introduction » *Travail et emploi* 129(1): 5-10
- GOUÉDARD Catherine, RABARDEL Pierre (2012) « Pouvoir d'agir et capacités d'agir: une perspective méthodologique?. Illustration dans le champ de la santé, sécurité et conditions de travail » *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (14-2): 1-35
- GOVAERE Virginie (2009) « La préparation de commandes en logistique. Mutations technologiques et évolution des risques professionnels » *Hygiène et sécurité du travail* (214): 3-14
- HACHE Émilie (2007) « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale? » *Raisons politiques* 28(04): 49-65
- HARDT Michael, NEGRI Antonio (2000) « La production biopolitique » *Multitudes* 1(1): 16-28
- HYMEL, Pamela, A., LOEPPKE, Ronald, R., BAASE, Catherine, M., BURTON, Wayne, N., HARTENBAUM, Natalie, P., HUDSON, T. Warner, ... & LARSON, Paul, W. (2011) « Workplace health protection and promotion: a new pathway for a healthier—and safer—workforce » *Journal of occupational and environmental medicine* 53(6): 695-702
- JOHANSEN Bob, EUCHNER James (2013) « Navigating the VUCA World » *Research-Technology Management* 56(1): 10-15
- KINGDON, John W. (1984) « Agendas, Alternatives and Public Policies » Boston, Little, Brown

- KLEIN Alexandre (2011) « De l'éducation du corps à l'éducation au corps: genèse et critique de l'éducation en santé » *Carrefours de l'éducation* 32(2): 31-47
- LAMONTAGNE Anthony D., KEEGEL Tessa, LOUIE Amber M., OSTRY Aleck, LANDSBERGIS Paul A. (2007) « A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005 » *International journal of occupational and environmental health* 13(3): 268-280
- LAMONTAGNE Anthony D., MARTIN Angela, PAGE Kathryn M., REAVLEY Nicola J., NOBLET Andrew J., MILNER Alisson J., SMITH Peter M. (2014) Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC psychiatry*, 14(1): 131
- LASCHINGER Heather K. Spence, FINEGAN Joan, SHAMIAN Judith, WILK Piotr (2003) « Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings » *Longwoods Review* 1(3): 2-11
- LAWRENCE Kirk (2013) « Developing leaders in a VUCA environment » *UNC Executive Development* 2013: 1-15
- LE BOSSÉ Yann, LAVALLÉE Marguerite (1993) « Empowerment et psychologie communautaire: aperçu historique et perspectives d'avenir » *Cahiers internationaux de psychologie sociale* 20: 7-20
- LE BOSSÉ Yann (2003) « De l'«habilitation» au «pouvoir d'agir»: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment » *Nouvelles pratiques sociales* 16(2): 30-51
- LE BOSSÉ Yann, BILODEAU Annie, VANDETTE Line (2006) « Les savoirs d'expérience: un outil d'affranchissement potentiel au service du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités? » *Revue des sciences de l'éducation* 32(1): 183-204
- LE BOSSÉ Yann (2007) « L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir: une alternative crédible » *Website of the Association nationale des assistants de services sociaux*, <http://anas.travail-social.com>

- LE BOSSÉ Yann, DUFORT Francine, VANDETTE Line (2009) « L'évaluation de l'empowerment des personnes: développement d'une mesure d'indices psychosociologiques du pouvoir d'agir (MIPPA) » *Canadian Journal of Community Mental Health* 23(1): 91-114
- LEMAY Louise (2007) « L'intervention en soutien à l'empowerment: du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide » *Nouvelles pratiques sociales* 20(1): 165-180
- LHUILIER Dominique (2010) « Les «risques psychosociaux»: entre rémanence et méconnaissance » *Nouvelle revue de psychosociologie* 10(2): 11-28
- LHUILIER Dominique (2010) « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail » *Sciences sociales et santé* 28(2): 31-63
- LINDSTØM Kari, ELO Anna-Lisa, SKOGSTAD Anders, DALLNER Margaretha, GAMBERALE Francesco, HOTTINEN Vesa, KNARDAHL Stein, Ørhede Elsa (2000) « General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work » *Copenhagen: Nordic Council of Ministers*
- LORIOLE Marc (2005) « Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus » *Cahiers de recherche sociologique* (41): 191-208
- MARANDA Marie-France (1995) « La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail » *Santé mentale au Québec* 20(2): 219-242
- MATTIG Thomas, CHASTONAY Philippe (2016) « Promoting health at work in Switzerland: the friendly work space project » *Primary Health Care Research & Development* 1(3): 1017
- MULLER Michel, MAIRIAUX Philippe (2008) « Promotion de la santé en milieu de travail: modèles et pratiques » *Santé publique* 20 (hs): 161-169

- NOBLET Andrew, LAMONTAGNE Anthony D. (2006) « The role of workplace health promotion in addressing job stress » *Health promotion international* 21(4): 346-353
- NOURY Mathieu (2010) « Entre autonomie et responsabilité. L'individu au coeur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé » *Sociologie Santé* 31: 317-328
- SARNIN Philippe, BOBILLIER-CHAUMON Marc-Éric., CUVILLIER Bruno, GROSJEAN Michèle (2012) « Intervenir sur les souffrances au travail: acteurs et enjeux dans la durée » *Bulletin de psychologie* 519(3): 251-261
- PAPADOPOULOS Yannis (1997) « La consultation: un outil de gouvernabilité? Fonctions et dysfonctions de la phase préparatoire ? » *Législation d'aujourd'hui* 2: 41-60
- PARKER Donald F., DECOTIIS Thomas A. (1983) « Organizational determinants of job stress » *Organizational behavior and human performance* 32(2): 160-177
- PETIT Johann, DUGUÉ Bernard (2013) « Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir: le rôle possible de l'intervention en ergonomie » *Activités* 10(2): 210-218
- PITSEYS John, THIRY Géraldine (2016) « Foule sentimentale. L'utopie néolibérale » *Revue de philosophie économique* 17(1): 21-55
- QUIRION Bastien, BELLEROSE Charles (2007) « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues: réduction des méfaits et empowerment » *Sociologie et sociétés* 39(1): 29-50
- RAVINET, Pauline (2014) « Fenêtre d'opportunité » In Laurie Boussaguet (éd) *Dictionnaire des politiques publiques: 4^e édition précédée d'un nouvel avant-propos*, Paris: Presses de Sciences Po, 274-282
- RENSCHLER Isabelle, MAGGI Jenny, CATTACIN Sandro, HAUSSER Dominique (2005) « Citoyenneté active et politiques de la santé en Suisse: les politiques sanitaires à l'épreuve des changements » *Swiss journal of Sociology* 31(1): 79-101

- RICHARD Lucie, BRETON Éric R., LEHOUX Pascale, MARTIN Catherine, ROY Denis (1999) « La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé: approche écologique et participation » *Canadian journal of public health* 90(2): 99-103
- RICHARD Damien (2012) « Management des risques psychosociaux: une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion » [Thèse de doctorat] *Université de Grenoble*
- ROCHA Raoni (2016) « Du silence organisationnel au débat structuré sur le travail » *Revue cadres* 468: 25-36
- ROCHA Raoni, MOLLO Vanina, DANIELLOU François (2017) « Le débat sur le travail fondé sur la subsidiarité: un outil pour développer un environnement capacitant » *Activités* 14(14-2): 1-26
- ROUAT Sabrina (2010) « Les processus individuels et organisationnels de construction de la santé au travail: prévention de la santé mentale au travail et analyse de dispositifs organisationnels » [Thèse de doctorat] *Université de Lyon 2*
- RÜSSMANN Michael, LORENZ Markus, GERBERT Philipp, WALDNER Manuela, JUSTUS Jan, ENGEL Pascal, HARNISCH Michael (2015) « Industry 4.0: The future of productivity and growth in manufacturing industries » *Boston Consulting Group* 9(1): 54-89
- SADIN Éric, MARISSAL Pierrick (2015) « Le techno-capitalisme cherche à exploiter chaque séquence de l'existence » *Sociétés* 129(3): 73-77
- SADIN Éric (2018) « Le technolibéralisme nous conduit à un “avenir régressif” » *Hermès, La Revue* 80(1): 255-258
- SCHNEIDER Daniel K. (2007) « Méthodes qualitatives en sciences sociales » *Extrait de matériaux d'enseignement*. <http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/quali>
- SCHOENTHALER Frank (2019) « Successful in the Digitalized World of VUCA: Agility and Breathing Supply Chains » *Promatis Group*

- SIVRIS Kelly C., LEKA Stavroula (2015) « Examples of holistic good practices in promoting and protecting mental health in the workplace: current and future challenges » *Safety and health at work* 6(4): 295-304
- ST-ARNAUD Louise, GIGNAC Sylviane, GOURDEAU Pierre, PELLETIER Mariève, VÉZINA Michel (2010) « Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail » *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (12-3): 1-20
- VÉZINA Michel (1996) « La santé mentale au travail: pour une compréhension de cet enjeu de santé publique » *Santé mentale au Québec* 21(2): 117-138
- VÉZINA Michel, BOURBONNAIS Renée, BRISSON Chantal, TRUDEL Louis (2006) « Définir les risques » *Actes de la recherche en sciences sociales* 163(3): 32-38
- WILKINSON Adrian (1998) « Empowerment: theory and practice » *Personnel review* 27(1): 40-56
- WILCOX David (1994) « Community participation and empowerment: Putting theory into practice » *Rra Notes* 21(1): 78-83

Rapports et documents officiels

- AESST – Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2014) « Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail. Analyse documentaire », URL : <https://osha.europa.eu/fr/publications/calculating-cost-work-related-stress-and-psychosocial-risks>, consulté le 20 avril 2020
- BERTSCHINGER Christoph, MERZ WAGENAAR Chantale, Promotion Santé Suisse (2013) « Initiative de promotion de la gestion de la santé dans les administrations publiques », URL : https://promozionesalute.ch/sites/default/files/migration/documents/Document_de_travail_011_PSCH_2013-11_-_Gestion_de_la_sante_dans_les_administrations_publicques.pdf, consulté le 28 février 2020

- BRÄGGER Martina (2014) « Analyse de l'utilisation de PME-vital », URL : https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-10/Document_de_travail_024_PSCH_2014-09_-_Analyse_de_l_utilisation_de_PME-vital.pdf, consulté le 28 février 2020
- BRESSOL Elyane (2004) « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », URL : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2004/NI_2004_10_elyane_bressol.pdf, consulté le 25 mars 2020
- CONNE-PERRÉARD E., GLARDON M. J., PARRAT J., USEL M. (2001) « Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques », URL : https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/119419/mod_resource/content/0/rapport_OC_IRT_Effet_des_conditions_de_travail_d_favorables_sur_le_sant_de_travailleur_et_cons_quences_conomiques.pdf, consulté le 20 avril 2020
- CONSEIL FEDERAL (2009) « Message relatif à la loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Loi sur la prévention, LPrév) » *Feuille fédérale 43*
- EICH Brigitte, MANIKE Katja (2013) « VitaLab – Promotion de la santé dans les petites entreprises », URL : https://promozionesalute.ch/sites/default/files/migration/documents/Document_de_travail_007_PSCH_2013-06_-_VitaLab_-_Promotion_de_la_sante_dans_les_petites_entreprises.pdf, consulté le 20 janvier 2020
- ENWHP – Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (2007) « The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union », URL : https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/luxembourg_declaration.pdf, consulté le 24 mai 2020
- GRAF Maggie, VANIS Margot, SEMMER Norbert K., KRIEGER Ralph (2011) « Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse: Lien entre conditions de travail, caractéristiques personnelles, bien-être et santé (2e éd.) », URL : <https://stressnostress.ch/wp->

content/uploads/2019/07/2010_stress_seco_FR.pdf, consulté le 12 mars 2020

HARNOIS Gaston, GABRIEL Phyllis, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) « Mental health and work: Impact, issues and good practices », URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42346/WHO_MSD_MPS_00.2.pdf?sequence=12&isAllowed=y, consulté le 20 janvier 2020

HASSARD Juliet, COX Tom, MURAWSKI Steven, DE MEYER Sylvie, MUylaert Karen, FLINTROP Julia, PODNIECE Zinta (2011) « Mental health promotion in the workplace—A good practice report », URL : <https://osha.europa.eu/en/publications/mental-health-promotion-workplace-good-practice-report>, consulté le 20 mai 2020

ISCHER Patrick, SAAS Chloé, Fondation O² (2019) « La participation en matière de promotion de la santé », URL : https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Document_de_travail_048_PSCH_2019-04_-_La_participation_en_matiere_de_promotion_de_la_sante.pdf, consulté le 28 février 2020

LEKA Stavroula, GRIFFITHS Amanda (2004) « Organisation du travail et stress: approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux », URL : WHO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42809>, consulté le 12 mars 2020

MATTIG Thomas (2013) « L'échec de la loi sur la prévention: un enseignement », URL : https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-11/Document_de_travail_009_PSCH_2013-10_-_Loi_sur_la_prevention.pdf, consulté le 12 janvier 2020

NASSE Philippe, LÉGERON Patrick, BERTRAND Xavier (2008) « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » *Paris, France: Ministère du Travail, des Relations et de la Solidarité*, URL : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008-2.pdf, consulté le 20 avril 2020

- OFSP – Office Fédéral de la Santé Publique (2007) « Prévention et promotion de la santé en Suisse – Rapport répondant aux postulats Humbel Näf (05.3161) et CSSS-CE (05-3230) », URL : https://www.spitexbe.ch/files/TFW6ZL8/2009_02_rapport_prevention.pdf, consulté le 15 mai 2020
- OFS – Office fédéral de la statistique (2019) « Conditions de travail et état de santé, 2012-2017 », URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.assetdetail.9366233.html>, consulté le 5 mars 2020
- OMS – Organisation Mondiale de la Santé (1986) « Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé », URL : <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>, consulté le 20 mars 2020
- PSS – Promotion Santé Suisse (2013) « Rapport annuel 2012 », URL : https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Rapport_de_gestion_Promotion_Sante_Suisse_2012.pdf, consulté le 8 décembre 2020
- PSS – Promotion Santé Suisse (2017) « Directive critères de qualité pour la gestion de la santé en entreprise. Friendly Work Space », URL : <https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2023-07/2023-07%20Directive%20crit%C3%A8res%20GSE%20Friendly%20Work%20Space.pdf>, consulté le 5 mai 2020
- PSS – Promotion Santé Suisse (2017) « Directive critères de qualité pour la gestion de la santé en entreprise. Friendly Work Space », URL : <https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2023-07/2023-07%20Matrice%20d%27%C3%A9valuation%20GSE.pdf>, consulté le 5 mai 2020
- PSS – Promotion Santé Suisse (2018) « Rapport 7 : Gestion de la santé en entreprise, principes de base et tendance – Accent sur la santé psychique », URL : https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-11/Rapport_007_PSCH_2018-11_-_GSE_-_Principes_de_base_et_tendances.pdf, consulté le 10 mars 2021

- PSS – Promotion Santé Suisse (2021) « Label Friendly Work Space. Frequently asked questions », URL : https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-12/Friendly_Work_Space_-_FAQ_FR.pdf, consulté le 2 janvier 2021
- RÉFIPS – Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (2012) « 25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones », URL : https://refips.org/wp-content/uploads/2020/01/Retombeescharteottawa_vf.pdf, consulté le 12 mars 2020
- WHO – World Health Organization (1998) « Glossaire de la promotion de la santé », URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>, consulté le 20 mars 2020

Références légales

- RS 832.10 : Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994

Sites Internet

- BOSCHETTI Pietro, MENOUD Jean-Bernard (2015) *Hôpitaux publics, heure de fermeture* [Vidéo en ligne], URL : <https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/6955489-temps-present.html>, consulté le 15.07.2021
- CONFÉDÉRATION SUISSE (2020) Faits et chiffres > Chiffres sur les PME : entreprises et emplois, URL : <https://www.kmu.admin.ch/kmu/fr/home/faits-et-tendances/politique-pme-faits-et-chiffres/chiffres-sur-les-pme/entreprises-et-emplois.html>, consulté le 10.03.2020
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2011) *Promotion de la santé, l'histoire d'un concept à succès*. Spectra, prévention et promotion de la santé, URL : <http://www.spectra->

online.ch/fr/spectra/themes/promotion-de-la-sante-lrhistoire-drun-concept-a-succes-252-10.html, consulté le 20.04.2020

- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2021) Office fédéral de la santé publique OFSP > Vivre en bonne santé > Promotion de la santé et prévention, URL : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention.html>, consulté le 13.08.2021
- PSS – Promotion Santé Suisse (s.d.) PME-vital. *Avantages de la PSE*. URL : <http://www.pme-vital.ch/default.asp?page=vorteile&cat=1>, consulté le 08.12.2020
- PSS – Promotion Santé Suisse (2021) Friendly Work Space > Home, URL : <https://friendlyworkspace.ch/fr/>, consulté le 12.06.2021
- PSS – Promotion Santé Suisse (2021) Fondation > Mandats, objectifs et stratégie, URL : <https://promotionsante.ch/qui-sommes-nous/fondation/mandat-objectifs-et-strategie.html>, consulté le 15.06.2021
- PSS – Promotion Santé Suisse (2021) Friendly Work Space > Friendly Work Space, URL : <https://friendlyworkspace.ch/fr/fws>, consulté le 12.02.2021
- PSS – Promotion Santé Suisse (2021) Gestion de la santé en entreprise > Label Friendly Work Space, URL : <https://promotionsante.ch/gestion-de-la-sante-en-entreprise/instruments-et-services/label-friendly-work-space.html>, consulté le 04.08.2021
- PSS – Promotion Santé Suisse (2021) Gestion de la santé en entreprise > Entreprises labellisées Friendly Work Space, URL : <https://promotionsante.ch/gestion-de-la-sante-en-entreprise/instruments-et-services/label-friendly-work-space/entreprises-labellisees.html>, consulté le 04.08.2021
- SECO – Secrétariat d'État à l'économie (s.d.) *Risques psychosociaux au travail*, URL : <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/gesundheitschutz-am-arbeitsplatz/Psychosoziale-Risiken-am-Arbeitsplatz.html>, consulté le 20.05.2020

SÉMAWÉ (2021) Constitution Holacratie 5.0, URL : <https://holacratie.org/constitution-holacratie-5/>, consulté le

SULLIVAN John (2012) VUCA: The new normal for talent management and workforce planning. *Ere.net*, URL : <http://www.ere.net/2012/01/16/vuca-the-new-normal-for-talent-management-and-workforce-planning/>, consulté le 14.01.2019

THINKERVIEW (2021) Pass sanitaire, géopolitique de la Data, copie privée ? Benjamin Bayart et Marc Rees. [Vidéo en ligne], URL : <https://www.youtube.com/watch?v=EOWeewlc2CE&t=4855s>, consulté le 20.06.2021

9 ANNEXES

9.1 ANNEXE 1 : CODE BOOK, LE TABLEAU

Concepts	Catégories	Sous-catégories / dimensions	Codes	Références théoriques
Dimension participative				
	Proportion parmi les mesures GSE existantes (3 types de mesures PSE)		P3	Ischer et Saas 2019 ; Noblet et LaMontagne 2006 ; LaMontagne et al. 2014 ; Vézina et al. 2006 ; Sarnin et al. 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Rouat 2010
	Importance dans le processus d'élaboration des mesures PSE		IE	Arneson et Ekberg 2005 ; Ischer et Saas 2019 ; PSS 2017a ; Le Bossé 2003 ; St-Arnaud et al. 2010 ; Hassard et al. 2011 ; LaMontagne et al. 2007 ; Vézina et al. 2006 ; Sarnin et al. 2012 ; Sivris et Leka 2015 ; St-Arnaud et al. 2010 ; PSS 2018 ; Friset-Brosseau 2015 ; Richard 2012
DPA structurel (dispositifs participatifs)				PSS 2017a ; Friset-Brosseau 2015 ; Arnstein 1969 ; Dubas 2006 ; ÇAVUŞ et Demir 2010 ; Le Bossé et Lavallée 1993
	Niveau de participation		NP	Le Bossé et al. 2009 ; Gouédard et Rabardel 2012
	Degré d'autonomie,		AT	Bué et al. 2008 ; Conne-Perréard et al. 2001

	marges de manœuvre			
	Éléments d'environnements capacitants			
		Espaces de discussion	ED	Arneson et Ekberg 2005 ; Rocha et al. 2017 ; Petit et Dugué 2013 ; Richard 2012 ; Bouffartigue 2012 ; Collard et Drouard 2015 ; Davezies 1999 ; Lhuillier 2010
		Principe de subsidiarité organisationnelle	SO	Rocha et al. 2017 ; Petit et Dugué 2013
		Savoirs expé-rientiels	SE	Le Bossé et al. 2006 ; Rocha et al. 2017
	Institution-nalisation des dispositifs participatifs		IP	Le Bossé et Lavallée, 1993 ; Rocha et al. 2017
DPA individuel				
	Propension à l'action			
		Motivation à agir	MA	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012
		Contrôle perçu	CP	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012
		Compé-tences à la participation	CPA	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012

		Évaluation des bénéfices de l'action collective	EBAC	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012
		Évaluation des bénéfices de l'action personnelle	EBAP	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012
	Conscience critique		CC	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012
	Sentiment d'efficacité personnelle		SEP	Le Bossé et al. 2006 ; Gouédard et Rabardel 2012
Effets des mesures (participatives) sur le bien-être au travail				
	Évaluation par l'organisation		EO	Lannes et Sanni Yaya 2012, dans Ischer et Saas 2019
	Évaluation personnelle des salariés		EP	
Discours officiel et réalité vécue			DR	Lhuillier 2010b ; Richard 2012 ; Rocha 2016 ; Petit et Dugué 2013 ; Rocha et al. 2017 ; Vézina 1996 ; Bouffartigue 2012
Différence organisations publiques et privées			DGP - PP	

Source : élaboration personnelle basée sur Schneider (2007).

9.2 ANNEXE 2 : MATRICE D'ÉVALUATION FWS, SOUS-CRITÈRES
2D ET 5D

	1	2	3	4	5
Aspects de la gestion du personnel et de l'organisation du travail	<p>1</p> <p>Absence de preuves ou preuves anecdotiques de mise en œuvre</p> <p>Ancédoteur: des preuves claires ou complètes (on début)</p>	<p>2</p> <p>Prise de conscience et mise en œuvre ponctuelle</p> <p>Il y a prise de conscience de la thématique et la nécessité d'agir dans ce domaine. Des premières mesures sont mises en œuvre.</p>	<p>3</p> <p>Mise en œuvre intégrée et systématique</p> <p>Intègre: la procédure soutient la politique et la stratégie. La procédure est introduite (à ce stade (participe)).</p> <p>Systématique: la procédure est mise en œuvre de manière structurée.</p>	<p>4</p> <p>Mise en œuvre systématique avec évaluation et contrôle</p> <p>Évaluation et contrôle: on mesure à intervalles régulières l'efficacité de la procédure et de la mise en œuvre.</p>	<p>5</p> <p>Mise en œuvre optimisée après l'évaluation et le contrôle</p> <p>Apprentissage: on recourt à des activités orientées vers l'apprentissage afin d'identifier les meilleures pratiques et les possibilités d'amélioration.</p> <p>Amélioration: l'outil de ou qui a été mesuré et des activités axées sur l'apprentissage est analysé et utilisé afin d'identifier les améliorations.</p>
2d Participation	<p>Pas de possibilité pour les collaborateurs de participer activement à la résolution de problèmes de santé.</p>	<p>Implication ponctuelle des collaborateurs dans la résolution de problèmes de santé et l'aménagement du travail quotidien (p.ex. boîte à idées, management des idées).</p>	<p>Implication systématique et proactive des collaborateurs dans la résolution de problèmes de santé, l'aménagement du travail quotidien ainsi que dans la mise en œuvre de décisions stratégiques pertinentes pour la santé.</p>	<p>Les possibilités de participation sont évaluées et contrôlées régulièrement.</p>	<p>Les possibilités de participation sont optimisées sur la base de l'évaluation et du contrôle.</p>
5. Mise en œuvre de la GSE	<p>1</p> <p>Absence de preuves ou preuves anecdotiques de mise en œuvre</p> <p>Ancédoteur: des preuves claires ou complètes (on début)</p>	<p>2</p> <p>Prise de conscience et mise en œuvre ponctuelle</p> <p>Il y a prise de conscience de la thématique et la nécessité d'agir dans ce domaine est reconnue. Des premières mesures sont mises en œuvre.</p>	<p>3</p> <p>Mise en œuvre intégrée et systématique</p> <p>Intègre: la procédure soutient la politique et la stratégie. La procédure est introduite (à ce stade (participe)).</p> <p>Systématique: la procédure est mise en œuvre de manière structurée.</p>	<p>4</p> <p>Mise en œuvre systématique avec évaluation et contrôle</p> <p>Évaluation et contrôle: on mesure à intervalles régulières l'efficacité de la procédure et de la mise en œuvre.</p>	<p>5</p> <p>Mise en œuvre optimisée après l'évaluation et le contrôle</p> <p>Apprentissage: on recourt à des activités orientées vers l'apprentissage afin d'identifier les meilleures pratiques et les possibilités d'amélioration.</p> <p>Amélioration: l'outil de ou qui a été mesuré et des activités axées sur l'apprentissage est analysé et utilisé afin d'identifier les améliorations.</p>
5d Détermination et mise en œuvre des mesures	<p>Détermination et mise en œuvre de mesures sans avoir recours aux indicateurs et dimensions pertinents pour la santé.</p>	<p>Des mesures sont déduites ponctuellement de l'interprétation de la situation actuelle. Ces mesures encouragent un comportement individuel en faveur de la santé.</p> <p>Des mesures sont déduites de l'interprétation de la situation actuelle et de l'organisation favorable à la santé.</p>	<p>Des mesures sont déduites systématiquement de l'interprétation de la situation actuelle. Les collaborateurs participent activement à la détermination des mesures. Des mesures sont déduites de l'interprétation de la situation actuelle et de l'organisation favorable à la santé.</p> <p>Des mesures sont déduites de l'interprétation de la situation actuelle et de l'organisation favorable à la santé.</p>	<p>La détermination et la mise en œuvre des mesures sont évaluées et contrôlées régulièrement.</p>	<p>La détermination et la mise en œuvre des mesures sont optimisées sur la base de l'évaluation et du contrôle.</p>

In der gleichen Reihe Dans la même collection

N°	Autoren, Titel und Datum – Auteurs, titres et date
311	ZAWODNIK Béatrice Gouvernance pour la Cité de la musique de Genève : analyse et propositions, 2020
312	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2019 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2019 des finances cantonales et communales, 2020
313	IMSENG Hélène Pratique du sport et promotion de la santé au CHUV, étude exploratoire basée sur la perception des acteurs, 2020
314	KEUFFER Nicolas L'autonomie communale en Suisse : conceptualisation, classifications empiriques et facteurs explicatifs, 2020
315	GUARATO Pietro , Carbon Capture, Utilization and Storage in Switzerland. Volume 1 - The Technological and Scientific Framework, 2021
316	GUARATO Pietro , Carbon Capture, Utilization and Storage in Switzerland Volume 2 - The Institutional and Legal Framework, 2021
317	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2020 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2020 des finances cantonales et communales, 2021
318	LAUWERIER Ewoud, GATTO Laura, BRUNNER Dunia, NAHRATH Stéphane, BUNDI Pirmin Comparing European and Swiss Strategies for the Regulation of Plastics Commissioned by the Federal Office for the Environment (FOEN), 2021
319	LADNER Andreas, HAUS Alexander Aufgabenerbringung der Gemeinden in der Schweiz: Organisation, Zuständigkeiten und Auswirkungen, 2021
320	STEINBRÜCHEL Frédéric Analyse des conventions de subventionnement dans le domaine de la musique classique en Ville de Genève, 2021
321	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2021 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2021 des finances cantonales et communales, 2022
322	LADNER Andreas Kantonale Wahlen und Parteiensysteme, 2022
323	VANNAY Claude-Alain La conduite du changement dans le contexte de la transformation numérique et de l'agilité au sein du département fédéral des affaires étrangères, 2022
324	SOGUEL Nils, MUNIER Evelyn Vergleich 2022 der Kantons- und Gemeindefinanzen Comparatif 2022 des finances cantonales et communales, 2023
325	HAJDINI Drenusha L'administration publique au Kosovo sous le programme SIGMA de l'OCDE et de l'UE : analyse de quelques domaines de réformes, 2023

L'IDHEAP en un coup d'œil

Champ

L'IDHEAP est, en Suisse, le seul centre d'enseignement, de recherche et d'expertise intégralement dédié au secteur public. Différentes disciplines des sciences humaines et sociales -adaptées aux spécificités du secteur public et parapublic- y sont représentées, garantissant ainsi une approche pluridisciplinaire. Mentionnons le droit, l'économie, le management et la science politique.

L'IDHEAP est un observateur indépendant et un fournisseur de conseils reconnu par les administrations, les responsables politiques et la Confédération. L'Institut est accrédité par la Confédération et au niveau international (*European Association for Public Administration Accreditation-EAPAA*). Fondé en 1981, il est intégré depuis 2014 dans la faculté de droit, de sciences criminelles et d'administration publique de l'Université de Lausanne.

Vision

À l'interface entre théorie et pratique de l'administration publique, l'IDHEAP est le pôle national d'excellence contribuant à l'analyse des mutations du secteur public et à une meilleure gouvernance de l'Etat de droit à tous ses niveaux, en pleine coopération avec ses partenaires universitaires suisses et étrangers.

Missions

1. **Enseignement universitaire : former les él·e·s et cadres actuels et futurs du secteur public**
 - Doctorat en administration publique
 - *Master of Advanced Studies in Public Administration* (MPA)
 - *Master of Arts in Public Management and Policy* (Master PMP)
 - *Diploma of Advanced Studies* (DAS) en administration publique
 - Certificat exécutif en management et action publique (CEMAP)
 - *Certificate of Advanced Studies* en administration publique (CAS) dans différents domaines
 - Séminaire pour spécialistes et cadres (SSC)

2. **Recherche : ouvrir de nouveaux horizons pour l'administration publique**
 - Projets de recherche fondamentale ou appliquée
 - Publications scientifiques
 - Direction de thèses de doctorat en administration publique
 - Conférences et colloques scientifiques

3. **Expertise et conseil : apporter des solutions innovantes**
 - Mandats au profit du secteur public et parapublic
 - Mandats en Suisse et à l'étranger

4. **Services à la cité : participer aux discussions sur les enjeux de société**
 - Interventions dans les médias
 - Articles et conférences de vulgarisation
 - Renseignements ponctuels offerts aux administrations publiques

La Charte internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé, proclamée en 1986, matérialise un changement de paradigme dans le champ des politiques de santé publique. La promotion de la santé induit une réorientation de la prise en charge de la santé publique en direction des individus et populations. Se faisant, elle vise à les mettre en capacité d'exercer une meilleure maîtrise sur leur santé et de l'améliorer par leur participation à la définition des problèmes, à l'élaboration des solutions et à leur mise en œuvre. Ce changement de paradigme se produit conjointement à la transformation de l'action publique lors de la réforme de l'État-Providence vers sa forme néolibérale, qui ne sera pas sans effets sur les objectifs de la « nouvelle santé publique ».

The Ottawa Charter for Health Promotion, proclaimed in 1986, embodies a paradigm shift in the field of public health policies. Health promotion entails a reorientation of public health care towards individuals and populations. By doing so, it aims to empower them to exert greater control over their health and enhance it through their participation in defining problems, developing solutions and implementing them. This paradigm shift coincides with the transformation of public action during the reform of the welfare state into its neoliberal form, which will not be without effects on the goals of the « new public health. »