



HAL
open science

La mise en oeuvre effective d'un projet de prévention des risques psychosociaux au sein d'une unité pilote d'un centre hospitalier public: analyse du processus de changement au regard de la sociologie de la traduction

Sandra Durand, Christophe Baret, Cathy Krohmer

► **To cite this version:**

Sandra Durand, Christophe Baret, Cathy Krohmer. La mise en oeuvre effective d'un projet de prévention des risques psychosociaux au sein d'une unité pilote d'un centre hospitalier public: analyse du processus de changement au regard de la sociologie de la traduction. Congrès de l'association francophone de gestion des ressources humaines (AGRH), Université de Strasbourg, Oct 2016, strasbourg, France. halshs-01416954

HAL Id: halshs-01416954

<https://shs.hal.science/halshs-01416954>

Submitted on 15 Dec 2016

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

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

Communication au congrès de l'AGRH, Strasbourg, 19 au 21 octobre 2016.

LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE D'UN PROJET DE « PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX » AU SEIN D'UNE UNITE PILOTE D'UN CENTRE HOSPITALIER PUBLIC : ANALYSE DU PROCESSUS DE CHANGEMENT AU REGARD DE LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION.

Sandra Durand

Christophe Baret

Cathy Krohmer

Aix Marseille Univ, CNRS, LEST, Aix en Provence, France

Le changement est un "*phénomène inhérent à l'activité sociale*" (Perret, 1996, p. 2) et toutes les organisations sont aujourd'hui pressurisées par des forces économiques, sociales, technologiques, juridiques et politiques qui les contraignent à se transformer constamment (Rondeau, 2008). La littérature ne manque pas de souligner les difficultés liées à la mise en œuvre des projets de changement (Perret, 2003). Le changement planifié est facilement altéré, voire dilué, au moment de sa mise en œuvre (Langley et Denis, 2008) et est ainsi considéré comme un défi pour les organisations contemporaines. Le degré de difficulté de la conduite de changements organisationnels semble relativement plus élevé dans le secteur public : les changements sont nombreux, brutaux et bouleversent les principes constitutifs sur lesquels il s'est construit. Cette affirmation se vérifie à l'Hôpital public, identifié dans la littérature comme le "*véritable laboratoire de la réforme du secteur public*" (Vincent, 2005, p.49) et s'illustrant en parallèle par sa grande inertie rendant toute transformation difficile à établir (Contandriopoulos, 2002), hissant le changement au rang de "*défi de taille*" pour les gestionnaires qui le portent (Audet, 2006, p. 67). Cette réputation de « milieu complexe et difficile à changer » provient de facteurs contextuels et structurels et se renforce pour les projets de type Ressources Humaines (RH). En effet, plusieurs auteurs s'accordent sur les difficultés associées au changement dans les établissements hospitaliers qui se caractérisent par des lieux de pouvoirs diffus (Denis et al, 2004 ; Krief, 2012) et des objectifs et intérêts divergents entre les différents acteurs qui le composent. Dans ce contexte la conduite du changement doit se frayer un chemin parmi les stratégies de groupes aux intérêts contradictoires et aux visions divergentes concernant le projet et la direction à lui faire prendre (Denis et al., 2004). Comme le montrent les travaux de Baret et al. (2011) qui ont porté sur la mise en œuvre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans des centres hospitaliers (CH) de la région Ile de France, cette affirmation est encore plus vraie pour les projets de changements de type RH, souvent transverses, qui semblent concentrer les défis de la conduite du changement à l'hôpital. Ce point est d'autant plus problématique que, compte tenu des résultats préoccupants concernant la santé mentale des agents hospitaliers (Loriol 2008 ; Moisson et Roques, 2005 ; Vinck, 2014), les CH sont incités à conduire des

projets de prévention des risques psychosociaux (RPS), ainsi susceptibles de regrouper les défis de la conduite du changement. En effet, la littérature souligne que les nombreuses réformes, imposées par le législateur, ont été mises en œuvre de manière précipitée et épisodique dans les établissements, et ont finalement produit des résultats allant à l'encontre des objectifs défendus (Franchistéguy, 2001). Ces changements, tant dans leurs modalités de mise en œuvre (changements nombreux, brutaux, imposés) que dans leur contenu (nouvelles valeurs véhiculées par la mise en place de logiques gestionnaires privées) sont venus impacter la santé physique et mentale des agents hospitaliers, se traduisant par des taux élevés de burn out (Estryn-Béhar, 1999) et d'absentéisme (Brami et al., 2004) ainsi que par une exposition exacerbée aux facteurs de RPS (Cherkaoui, 2012 ; Lorient, 2008 ; Moisson et Roques, 2005 ; Vinck, 2014). Ainsi il devient de plus en plus nécessaire d'expérimenter de nouvelles démarches d'accompagnement du changement visant à réduire les dysfonctionnements organisationnels engendrés par la succession de réformes. Cette communication propose d'étudier les conditions de mise en place d'une gestion participative du changement. Elle relate le déroulement d'un projet de prévention des RPS déployé sur un mode participatif par le service Stérilisation Pharmacie d'un Centre Hospitalier public de la région Languedoc-Roussillon. Le processus de changement est observé au regard de la sociologie de la traduction (Akrich, Callon, Latour, 2006), cadre théorique permettant une lecture adaptée des processus de changement dans les établissements hospitaliers (Dervaux et al. 2011 ; Denis et al. 2004) et mettant en évidence les raisons du succès ou de l'échec d'une innovation. A ce titre, nous exposons dans une première partie les éléments de la littérature qui mettent en évidence le défi particulier que constitue la conduite de changement RH à l'hôpital ; puis nous présentons le cadre théorique de la ST. Dans une deuxième partie, nous présentons la méthodologie de notre recherche. Enfin, dans un troisième temps, nous appliquons la ST à l'analyse du projet de prévention des RPS déployé au sein du service Stérilisation/Pharmacie. Nous concluons en amenant quelques éléments de discussion.

1. Construction de l'objet de recherche : vers une analyse de la conduite d'un projet de "Prévention des risques psychosociaux" à l'hôpital au regard de la sociologie de la traduction.

Nous exposons ici une revue de littérature sur la conduite de projets RH à l'hôpital, puis nous présentons le modèle théorique retenu issu de la sociologie de la traduction.

1.1 Le défi de la conduite de projet RH à l'Hôpital

La littérature fait état de deux visions du changement organisationnel : la première appréhende le changement comme un phénomène épisodique, séquentiel, dirigé et organisé (Audet, 2006 ; Rondeau, 2008 ; Langley et Denis, 2008) et s'inscrit dans l'approche de la planification. La seconde envisage le changement comme un phénomène complexe et chaotique situé au cœur de variables inter-reliées, le contenu - le contexte - le processus, qui l'influencent tout au long de son déploiement (Armanakis, 1999 ; Pettigrew, 1987 ; Minvielle et al., 2004 ; Pichault, 2013). La conduite du changement à l'hôpital obéit majoritairement à une conduite de changement planifiée (Franchistéguy, 2001) et les taux d'échecs enregistrés par les projets nous amènent à nous intéresser aux forces susceptibles de déjouer les plans

initialement établis. Nous mettons ici en évidence les dimensions importantes du changement organisationnel présentes dans la littérature puis nous soulignons qu'elles se chargent d'un haut niveau de difficulté à l'hôpital, dans le cadre de la conduite de projets RH.

1.1.1 Les dimensions importantes du changement organisationnel

La littérature conseille d'appréhender le changement en tenant compte des dimensions suivantes :

- **Le changement est un processus dynamique** (contenu *versus* processus) : les explications du succès ou de l'échec des projets de changement résident dans leur nature et leur contenu (*approche de la planification*) mais sont également fonction du contexte dans lequel ils s'insèrent, des processus suivis et des actions entreprises par les acteurs durant la mise en œuvre (Pettigrew, 1987 ; Armenakis et Bedeian, 1999 ; Rondeau, 1999). Le changement apparaît comme **un processus dynamique** livré à un « scénario » rempli d'incertitudes, rassemblant de nombreux acteurs, dans un contexte complexe, instable et imprévisible (Minvielle et al., 2004).

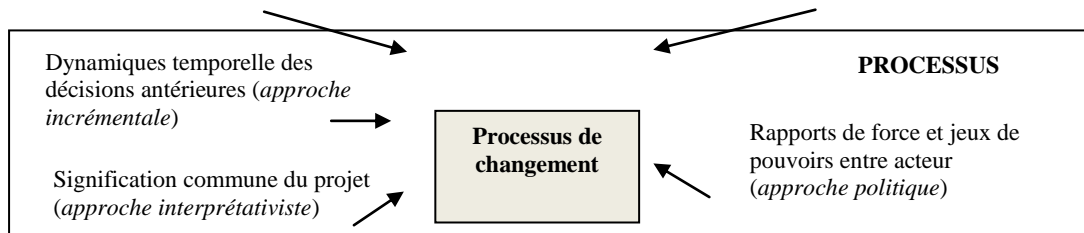
- **Le processus de changement est situé dans un contexte organisationnel** (épisodique *versus* émergent) : les projets de changement interviennent dans un contexte organisationnel préexistant et sont susceptibles de subir, de manière aléatoire et tout au long de leur déroulement, l'influence des contextes à la fois externes (*approche de la contingence*) et internes aux organisations (Minvielle et al., 2004). Les éléments de contexte non directement en lien avec le projet ainsi que le passé historique de la structure jouent un rôle explicatif crucial dans l'analyse du processus de changement (Vézina, 1999 ; Pichault, 2013) (*approche incrémentale*).

- **Le changement est un processus mis en œuvre par les acteurs de l'organisation** (déterministe *versus* volontariste - imposé *versus* construit) : la mise en œuvre du changement résulte d'un effort collectif ; le « scénario » du changement ne prend forme que si les acteurs de l'organisation décident de lui donner vie (Rondeau, 1999) en fonction de leurs objectifs, des intérêts (*approche politique*) et du sens (*approche interprétativiste*) qu'ils y trouvent.

La mise en évidence des dimensions importantes du changement (le contenu, le contexte, le processus) et l'interaction permanente entre ces trois pôles permet de saisir les différentes forces (planifiée, contingente, politique, incrémentale et interprétativiste) qui s'exercent sur le projet de changement et qui sont susceptibles de le faire évoluer. Pichault (2013) souligne que l'analyse du déroulement d'un projet de changement, si elle se veut complète et pertinente, doit tenir compte de la combinaison de ces cinq approches du changement. Il propose le "Modèle des cinq forces" (Pichault 2013, p. 69) (Figure 1) qui articule les différentes approches du changement en exploitant leur complémentarité pour offrir une appréhension globale des processus de changement.

Figure 1 : Le Modèle des 5 forces (Source : Pichault, 2013, p. 69)





La littérature souligne que les dimensions importantes du changement organisationnel se chargent d'un haut niveau de difficulté à l'hôpital public compte tenu de facteurs contextuels et organisationnels.

1.1.2 Le défi particulier de la conduite de projets RH à l'Hôpital public

Comme nous l'avons indiqué, toutes les organisations sont soumises à de nombreuses transformations. Il semblerait que le degré de difficulté de la conduite du changement organisationnel soit relativement plus élevé dans le secteur public (Dupuy, 2004 ; Collerette, 2008). En effet, ce secteur en crise depuis les années 1990 sous la pression de la crise économique, du poids de la dette et de l'évolution des attentes des usagers (Biondi et al., 2008) essuie de nombreuses critiques : il est jugé trop coûteux, bureaucratique, inerte, centré sur son propre développement et inefficace (Amar et Berthier, 2007). Les années 1990 marquent ainsi une rupture, les règles historiquement établies sont remises en cause : *"L'administration bureaucratique n'est plus la solution, l'institution qu'il faudrait parfaire pour renforcer l'efficacité du pouvoir : elle est devenue un problème"* (Bezes, 2009, p. 23). Et la solution au problème s'inspire des méthodes et outils du secteur privé (Guillemot et Jeannot, 2013, p. 83) : le Nouveau Management Public¹ (NPM).

L'hôpital public s'inscrit dans ce vaste mouvement de réforme, et se caractérise dans la littérature comme un *"véritable laboratoire de la réforme du secteur public"* (Vincent, 2005, p.49). Les principes du NPM y sont traduits avec force, dans un rythme effréné, conférant au secteur hospitalier public une instabilité chronique (Sainsaulieu, 2007). Cette *"rafale de réformes enchevêtrées"* (Krief, 2012, p.14) se traduit dans les structures hospitalières par la multiplication de projets de changement. Ces derniers sont qualifiés de *"défis de taille"* (Audet, 2006, p.67) pour les gestionnaires qui les portent : les dimensions importantes du changement organisationnel se chargent d'un haut niveau de difficulté compte tenu de facteurs contextuels et organisationnels. En effet, le contexte externe contraignant confère un caractère très contingent aux changements entrepris et impose la mise en œuvre de changements brutaux (Franchistéguy, 2001), nombreux, polymorphes (Mossé et Paradeise, 2003 ; Bareil, 2008) laissant peu de place à la co-construction et à l'appropriation des transformations par les acteurs de l'organisation (Franchistéguy, 2001). Dans ce contexte, l'introduction de nouveaux changements suscite peu d'enthousiasme et de soutien et les projets peinent à être mis en œuvre par des agents qui sont "sur sollicités" et qui les associent à la dégradation de leurs conditions de travail et de leur santé (Cherkaoui et al., 2012). Cette

¹ Le Nouveau Management Public a été forgé dans les années 1980 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Il se définit comme *« l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques, visant à développer leur performance générale et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation »* (Bartoli, 2005). Les principes du NPM ont alimenté les réflexions sur les orientations à donner au secteur public pour tendre vers plus de performance et d'efficience (Belorgey, 2010).

difficulté à susciter l'adhésion est renforcée par des facteurs organisationnels spécifiques aux établissements hospitaliers qui se caractérisent par des lieux de pouvoir diffus (Nobre 1999, 2001, 2013) et des objectifs divergents entre les différents mondes² qui composent l'hôpital (Demers, 1999). La relativité du pouvoir formel à l'hôpital et les marges de manœuvre importantes dont disposent les acteurs opérationnels accentuent le caractère « émergent » des changements dans les structures (Demers, 1999 ; Denis et al., 2004). De nombreux auteurs s'accordent pour toutes ces raisons sur la difficulté à conduire le changement dans les structures hospitalières. Cette affirmation se confirme d'autant plus pour les projets de type RH, souvent transverses à plusieurs mondes distincts, et ainsi susceptibles d'être le lieu de stratégies d'acteurs, visant à les transformer, les annihiler en fonction des objectifs qu'ils défendent. Comme le soulignent Dervaux et al., *"Agir sur la politique de gestion des ressources humaines en institution hospitalière revient à changer la culture de l'entreprise en s'accordant sur un grille commune de lecture à adopter au quotidien dans les actes posés. Ce changement culturel est délicat à opérer, dans la mesure où il concerne de nombreux corps professionnels"* (2011, p. 3).

Compte tenu des résultats préoccupants concernant le mal être au travail des agents hospitaliers, les pouvoirs publics légifèrent pour inciter les structures à s'engager dans des démarches de prévention des RPS, projets transverses à caractère RH, qui sont ainsi susceptibles de regrouper les défis de la conduite du changement mis en évidence dans la littérature.

1.2 La nécessaire et difficile conduite de projets de prévention des risques psychosociaux à l'hôpital

Nous soulignons ici que bien que la prévention des RPS soit nécessaire elle se confronte à plusieurs obstacles qui relèvent des défis de la conduite du changement organisationnel.

1.2.1 La surexposition des agents hospitaliers aux facteurs de RPS

Les RPS sont définis comme *"les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental"* (Gollac et Bodier, 2011, p. 31). Les professionnels hospitaliers apparaissent dans les enquêtes sur les conditions de travail comme particulièrement soumis aux facteurs de risques psychosociaux³ (Loriol 2008 ; Moisson et Roques, 2005 ; Cherkaoui, 2012). L'enquête SUMER 2010 (Vinck, 2014), qui fournit des données chiffrées par secteur d'activité sur les expositions aux risques professionnels des salariés, révèle la forte exposition du secteur aux RPS du fait des contraintes organisationnelles particulières qui y sont associées et qui sont souvent bien supérieures à celles des autres secteurs (durée de travail variable, exposition à des agressions verbales et physiques, demande extérieure forte et exigeant une réponse immédiate...).

² Sont classiquement distingués les administrateurs – les gestionnaires – les médecins – les soignants (Mintzberg et Glouberman, 2001)

³ La littérature met en évidence les catégories organisationnelles de risques psychosociaux : les exigences du travail, l'autonomie et la marge de manœuvre, les relations de travail et le management, la charge émotionnelle, les conflits de valeurs, l'insécurité de la situation de travail (Gollac et Bodier, 2011).

1.2.2 La nécessaire prévention des RPS confrontée au difficile passage à l'action

Deux types d'approches proposent d'aborder les questions de santé au travail : les approches individuelles⁴ qui sous tendent la mise en place d'actions de prévention centrées vers l'individu (numéros vert, accompagnement psychologique...) et les approches organisationnelles⁵ qui privilégient des voies d'actions collectives et organisationnelles (audit de la charge de travail et régulation, instauration de temps d'échanges réguliers, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, construction de politiques de mobilité interne, définition d'un dispositif d'accompagnement au changement...). Conscients des nombreux enjeux que recouvrent les RPS, différents acteurs sociaux (pouvoirs publics, chercheurs, instituts légitimes en la matière comme l'ANACT ou l'INRS) s'attèlent à favoriser leur prévention : législation⁶, outils de mesures et d'identification des risques (Karasek, Siegrist...), identification des facteurs organisationnels de risques, listes de bonnes pratiques etc. sont autant de réflexions engagées pour encourager une prise en charge organisationnelle collective et préventive efficace. Malgré les efforts déployés, les actions de prévention entreprises sont jugées insatisfaisantes (Bellego et Légeron, 2012) : les actions ponctuelles et curatives sont les voies "préventives" privilégiées par les organisations. Plusieurs éléments expliquent ce positionnement. D'une part, les RPS, parce qu'ils peuvent être construits et utilisés selon deux approches (approches individuelles *versus* organisationnelles) sont propices au développement de stratégies d'acteurs, mises en concurrence par des représentations, intérêts et visions divergentes (Gollac, 2012). De ce clivage naît la difficulté de construire des démarches concertées. D'autre part, cette difficulté est renforcée par le manque de réflexion sur les modalités concrètes de déploiement des actions de prévention organisationnelles (Abord de Chatillon et al., 2010 ; Douillet et Sahler, 2006). Les méthodologies d'implantation faisant défaut (Bellego et Legeron, 2012), les acteurs de terrain se retrouvent en difficulté pour appliquer les bonnes pratiques préconisées. Les chantiers pertinents en matière de prévention nécessitent d'inscrire des actions dans la durée, de les élaborer de manière concertée. Par conséquent ils répondent à des enjeux de conduite du changement. La prévention des RPS passe ainsi nécessairement par une méthodologie d'accompagnement au changement organisationnel (Lefebvre et Poirot, 2011), nous renvoyant ainsi aux principes, et de fait, aux défis de la conduite du changement organisationnel dans les organisations hospitalières publiques.

Les conclusions que nous tirons de la revue de littérature nous conduisent à porter notre choix sur un cadre théorique global et intégré, permettant la prise en compte des dimensions importantes du changement organisationnel ainsi que leur opérationnalisation, et accordant une place importante aux acteurs dans l'explication du succès ou de l'échec du projet : la sociologie de la traduction (ST).

1.3 Choix du cadre théorique de la sociologie de la traduction

⁴ Cf approche physiologique, épidémiologique, psychologique cognitive

⁵ cf approche ergonomie de l'activité, psychodynamique du travail, sociologique, gestionnaire

⁶ Cf Accord du 20.11.2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique et Accord du 22.10.2013 sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique.

Nous présentons ici les principes, les concepts centraux et les étapes du modèle puis nous justifions de la pertinence de sa mobilisation au regard de notre objet de recherche.

1.3.1 Principe, concepts centraux et étapes du modèle

L'objet principal de la ST est d'étudier, "à chaud", les mécanismes qui conduisent une innovation au **succès ou à l'échec**, en accordant une place explicative fondamentale aux relations qu'entretiennent les acteurs vis-à-vis du projet innovant (Callon 1986 ; Latour, 2005). La ST appelle à considérer qu'une démarche innovante se traduira en changement effectif si elle parvient à **susciter l'adhésion de nombreux alliés**. L'innovation apparaît comme le résultat d'un **construit social** (Dervaux et al., 2011) entre les partenaires d'un réseau qu'elle aura réussi à tisser. Le réseau rassemble des "**actants**" (entités humaines et non humaines) (Latour, 2005) qui construisent le projet. Cette construction n'est pas linéaire, elle est soumise à des **controvertes**, c'est-à-dire à des concurrences entre les différents actants qui ont des points de vue divergents concernant le projet. Ce « chaînage » qui relie les acteurs les uns aux autres s'obtient par un **processus de traduction** défini comme un ensemble de méthodes (Callon et al. 1986) qui permettent d'allier l'autre à moi (Akrich et al. 1988a ; Akrich et al. 1988b). Les innovations sont ainsi considérées comme le résultat d'opérations de traduction, par lesquelles les acteurs traduisent leur volonté et enrôlent de nouveaux membres au réseau (Calamel et Sanseau, 2012, p. 4). Pour appréhender au mieux le cheminement de l'innovation, la ST propose d'analyser le processus de traduction en cinq étapes, présentées dans le tableau ci-dessous (Encadré 1).

Encadré 1 : Les étapes du modèle de la sociologie de la traduction

La contextualisation : cette étape vise à identifier les éléments des contextes externes (tendances du secteur, réglementation...) et internes (analyse des acteurs et du système d'influence en vigueur) susceptibles d'influencer le projet de changement. Elle doit être un préalable à la mise en œuvre du processus de changement et doit faire l'objet d'une réactualisation tout au long de sa conduite.

La problématisation : l'étape doit permettre de convaincre les acteurs de s'unir autour d'un projet commun. Cette fédération passe par la formulation d'un objectif créateur de sens, qui met en lumière le dénominateur commun d'intérêt entre les acteurs.

L'intéressement : il se définit ainsi comme l'ensemble des actions, des efforts accomplis par les promoteurs du projet, pour intéresser un nombre croissant d'alliés et les faire participer activement à la construction de l'innovation (Akrich et al. 1988a, 1988b). Ils s'appuient sur des "**dispositifs d'intéressement**" (espaces d'échanges, documents, indicateurs, graphiques, méthodes...) permettant de créer du lien entre acteurs et favorisant les échanges.

L'enrôlement : l'enrôlement décrit la mobilisation active des membres dans le réseau (Callon et Law, 1988). Des acteurs enrôlés sont des membres dont l'intérêt pour la démarche innovante se traduit en actions et qui assument un rôle actif dans le projet. Le processus de traduction suppose que les acteurs enrôlés assurent la promotion du projet et tentent de convaincre les acteurs du groupe social dont ils sont les porte-paroles afin de rallonger le réseau.

Le rallongement du réseau : le rallongement du réseau obéit à une logique qui conduit du centre (les actants qui constituent la base du réseau) vers la périphérie (élargissement de la base du réseau par l'ajout de nouveaux alliés). L'incorporation de nouveaux maillons au réseau implique que le processus de traduction se réenclenche ; une boucle dynamique du processus de traduction se répète ainsi, pour solidifier le réseau.

1.3.2 Pertinence de la mobilisation du cadre théorique de la sociologie de la traduction.

La ST apparaît, à plusieurs titres, comme un modèle théorique pertinent pour analyser notre objet de recherche : la conduite d'un projet de prévention des RPS à l'hôpital.

Premièrement, la ST apparaît comme un **cadre théorique adapté à l'analyse du changement organisationnel**. En effet, en plus de présenter les avantages des modèles intégrés et globaux d'analyse du changement, elle rend opérationnelle l'étude des forces susceptibles d'influencer le déroulement des projets. En effet, la phase de **contextualisation** rend opérationnelle l'analyse des aspects **émergents** et **incrémentaux** du changement. La caractérisation des contextes externes et internes rend possible la prise en compte des éléments contextuels et historiques susceptibles d'avoir une influence sur le projet de changement, et ainsi, le caractère nécessairement émergent du projet. La phase de **problématisation** vise à déterminer si et la co-construction de l'intention stratégique de changer (le contenu du changement), entre les promoteurs du projet et les acteurs ainsi qu'entre les différents acteurs aux intérêts divergents que le projet mobilise, parvient à s'opérer. L'analyse des échanges et des dispositifs qui permettent ou qui freinent cette co-construction vise à mettre à jour si le mécanisme de création de sens (caractère **interprétativiste** du changement) nécessaire à la mise en mouvement et à l'implication des acteurs dans un projet nouveau est enclenché. Parce qu'elle regarde si la mobilisation dans l'action est effective (**enrôlement, rallongement du réseau**), la sociologie de la traduction permet de relier entre eux les éléments qui ont encouragé ou freiné cette mise en action (éléments de contextes internes et/ou externes). La ST, en s'infiltrant à l'intérieur des espaces d'échanges, fournit ainsi des clés intéressantes pour comprendre les mécanismes qui favorisent ou freinent l'implication des agents et éclaire ainsi l'étape de la "mise en œuvre des projets", soulignée dans la littérature comme particulièrement délicate (Demers, 1999 ; Perret 1996, 2003 ; Rondeau 1999). Ainsi la phase **d'intéressement** qu'elle propose doit permettre de porter un regard attentif sur ce qui permet de faire la traduction, ou autrement dit, sur ce qui permet de co-construire un projet de changement, de lui donner un sens, de nouer des alliances, de mettre à jour les intérêts communs à changer (dimension **politique** du changement). La ST, pour mieux comprendre le cheminement du projet, propose l'analyse des outils grâce auxquels les relations entre acteurs s'établissent et se consolident. Cet élément nous semble ouvrir une perspective intéressante dans l'analyse de la conduite des processus de changement à une époque où les outils et les instruments de gestion sont omniprésents dans les organisations. Deuxièmement, la ST s'intéresse aux raisons qui poussent des acteurs à converger ou diverger par rapport à un projet de changement qui les concerne **et permet ainsi de répondre à l'enjeu principal de la conduite de changement RH à l'hôpital : comment faire adhérer les agents hospitaliers, aux intérêts et objectifs divergents, à un projet commun** ? Troisièmement, l'intérêt d'observer les conditions de convergence des acteurs est d'autant

plus flagrant que **le contenu du changement, les risques psychosociaux**, fait lui-même l'objet de nombreuses controverses (approche individuelle *versus* approche organisationnelle). De plus, les approches organisationnelles des risques psychosociaux et les étapes méthodologiques de conduite de projet conseillées dans la littérature encouragent la mise en place d'espaces d'échanges entre les acteurs (comité de pilotage, groupe de travail...), que le modèle de la traduction propose d'analyser. Enfin, la ST est **intéressante à mobiliser en sciences de gestion** parce qu'elle permet d'expliquer le succès ou l'échec d'un projet de changement en « décortiquant » les systèmes d'actions organisés et en permettant d'appréhender les situations dans toute leur complexité ; elle s'avère être un "*quasi outil de gestion et d'aide à la conduite de projet*" (Amblard et al., 1996, p. 130).

Ainsi, la sociologie de la traduction, en se centrant sur l'analyse des interactions entre acteurs, en permettant une analyse dynamique des processus de changement (contenu – contexte – processus) et en incluant l'analyse des objets par lesquels et dans lesquels les interactions s'incarnent, doit offrir une lecture intéressante de la conduite de projets de prévention des risques psychosociaux dans les établissements hospitaliers publics. Nous la mobilisons ici afin d'analyser les conditions de mise en place d'un projet participatif visant la conception de pratiques de prévention des risques psychosociaux au sein d'un service pilote d'un centre hospitalier.

2. Une recherche action participative

Nous exposons ici le contexte de la recherche ainsi que les modes de collecte et d'analyse des données.

2.1 Le contexte de la recherche

Le Centre Hospitalier s'est inscrit début 2013 dans un projet triennal de prévention des RPS piloté par l'Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier auquel 50 établissements hospitaliers publics des régions Languedoc-Roussillon et Provence Alpes Côte d'Azur participent. Ce projet se compose de plusieurs phases : établissement d'un diagnostic par la diffusion d'un questionnaire de type "baromètre social" - définition d'un plan d'actions – mise en œuvre et suivi du plan d'actions. Les porteurs du projet ont fait le choix de déployer, en parallèle du projet global qui concerne l'ensemble de l'établissement, une démarche de prévention à l'échelle d'un service pilote. Le service Stérilisation/Pharmacie (PUI) de l'établissement, dont les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau 2), s'est porté volontaire et s'est engagé dans le projet en avril 2014.

Tableau 2 : Présentation du service PUI

Nombre d'agents	33 agents	
Organisation générale	La PUI s'organise autour de deux activités principales : la stérilisation et la pharmacie. La pharmacie est composée de 5 secteurs : la rétrocession, la dispensation de médicaments, les dispositifs médicaux, les stupéfiants, l'unité de reconstitution des chimiothérapies.	
Catégories	Stérilisation (11 agents)	Pharmacie (16 agents)

socio-professionnelles	1 Praticien hospitalier ⁷ (PH), 4 Préparateurs en Pharmacie (PPH), 5 Aides soignantes (AS), 1 Agent des Services Hospitaliers (ASH), 1 Infirmière de bloc opératoire (IBODE)	4 PH, 12 PPH (12)
	1 Cadre de santé, 2 Magasiniers, 3 Secrétaires administratives.	
Encadrement	Le chef de service et le cadre de santé ont des missions transverses à la stérilisation et à la pharmacie. La stérilisation et chaque secteur de la pharmacie disposent d'un PH référent.	

2.2 Collecte des données

Nous menons une étude de cas contemporaine (Yin, 1989) qui s'avère être un outil de collecte et d'analyse en cohérence avec des recherches qualitatives sur des terrains jugés complexes (Grenier, Pauget, 2007, p.20). Il s'agit d'une recherche action participative (Allard-Poesi, Perret, 2004) dans laquelle les acteurs de terrain sont co-générateurs du changement. Notre rôle est multiple : nous participons à la préparation et à l'animation des réunions, nous rédigeons les comptes rendus, nous formulons des conseils méthodologiques. Les sources de matériaux empiriques sont diverses. Nous avons réalisé des observations en situation de travail au sein du secteur de la stérilisation, de la dispensation de médicaments et de l'unité de reconstitution des chimiothérapies (10h d'observation réparties sur trois matinées). Nous avons mené des entretiens informels auprès des magasiniers, d'un PPH de la rétrocession, d'un PH des dispositifs médicaux et des trois secrétaires administratives au cours desquels ils nous ont expliqué leur travail, ainsi qu'avec les agents du groupe de travail avant le commencement ou à la fin des réunions. Des entretiens semi-directifs ont également été conduits auprès des cinq PH et du cadre du service. Nous avons participé à six réunions (observations participantes) et nous nous appuyons également sur l'analyse de données secondaires (courriers électroniques, compte rendus...). Les entretiens semi-directifs ont été retranscrits et nous avons opéré une prise de note rigoureuse à travers un journal de bord. Au total, nous avons passé 32 heures sur le terrain, au contact des agents.

2.3 Le déroulement du projet au sein du service PUI

⁷ Les Praticiens Hospitaliers dans les services de Pharmacie/Stérilisation sont des Pharmaciens.

Comme nous l'avons évoqué, le projet "Prévention des RPS" au sein du CH a débuté par la réalisation d'un diagnostic des facteurs de RPS, ayant donné lieu à des restitutions orales par pôle, animées par la DRH. Suite à la réunion de restitution à destination du pôle "Génie médical" (en janvier 2014), le Cadre de pôle ainsi que le Chef de service Pharmacie/Stérilisation se sont rapprochés du psychologue du travail (acteur impliqué dans le projet global de l'établissement) pour lui manifester leur volonté de déployer une démarche de prévention propre à l'unité PUI. Cette proposition a été validée par le comité de pilotage (COFIL) du "projet global", intéressé par les retours d'expériences et la capitalisation sur des bonnes pratiques que cette mise en œuvre "locale" pourrait apporter. Le service est nommé « unité pilote du projet RPS » et le psychologue du travail et nous-mêmes "coordinateurs" des deux projets : nous avons pour rôle d'aider et de suivre la mise en œuvre du projet "local" et de faire régulièrement en COFIL des retours sur son déploiement.

Le projet à la PUI a été lancé à l'initiative du cadre de pôle, du chef de service et du cadre. Les étapes de mise en œuvre ont été définies : constituer un groupe de travail pluridisciplinaire (composé d'une dizaine d'agents) chargé d'effectuer un diagnostic des facteurs de RPS spécifique au service, de définir et de mettre en œuvre des actions de prévention, le tout dans une temporalité d'environ une année. Le tableau ci-dessous (Tableau 3), reprend l'enchaînement des étapes. Le projet a débuté en avril 2014 et nous notons qu'en janvier 2016 la quasi totalité des actions inscrites au plan ont été déployées ou sont en cours de déploiement (soit un an et sept mois après le lancement).

Tableau 3 : Calendrier du déroulement du projet au service Stérilisation/pharmacie

Date	Objectif	Personnes présentes ⁸	Nb d'h
04. 2014	Réunion préparatoire au lancement du projet : échanges autour des résultats du baromètre social, définition des modalités de déploiement de la démarche dans le service.	Cadre de Pôle, Chef de service, Cadre de santé du service.	1h30
06. 2014	Réunion de lancement du projet : restitution des résultats du baromètre social - annonce et présentation du déploiement du projet « Prévention des RPS » au sein du service (objectif, étapes) - appel à volontariat pour le groupe de travail	19 agents présents : 7 PPH, 3 PH, 2 magasiniers, 1 secrétaire administrative, 1 ASH, 1 AS, cadre de pôle, chef de service, cadre de service.	1h
09.2014	<i>Observations en situation de travail</i>		10h
09. 2014	1ère réunion du groupe de travail : établissement du diagnostic des éléments de satisfaction/d'insatisfaction au travail	8 agents	2h
10. 2014	2ème réunion du groupe de travail : présentation du diagnostic à l'encadrement - enrichissement du diagnostic - validation finale du diagnostic et des thèmes d'action retenus	8 agents du groupe + cadre de pôle, chef de service, cadre de santé et 3 PH	2h
12.2014	Echange autour des résultats du diagnostic entre	Cadre de santé + les 5 PH	1h30

⁸ Le psychologue du travail et nous-mêmes étions systématiquement présents aux réunions.

	l'ensemble des encadrants - lancement du groupe de travail "encadrants" .	du service	
01. 2015	3ème réunion du groupe de travail : définition d'actions de prévention relatives aux thèmes retenus	7 agents + cadre de pôle + chef de service + cadre de santé + 2 PH	1h15
01.2015	Entretiens individuels avec les responsables du service	Cadre de santé + chef de service + 4 PH	8h
03. 2015	Réunion de restitution du diagnostic des entretiens individuels aux encadrants.	Cadre de santé + chef de service + 4 PH + psychologue du travail + nous	2h
06. 2015	4ème réunion du groupe de travail : définition d'actions de prévention relatives aux thèmes retenus + préparation de la mise en œuvre des actions	6 agents + chef de service + cadre de santé	2h
01. 2016	Point d'étape : 13/15 actions déployées ou en cours de déploiement.		

Le projet planifié s'est ainsi traduit en changement effectif. Nous proposons d'appliquer les étapes de la ST pour comprendre quels sont les mécanismes qui ont conduit cette démarche au succès.

3. Les étapes de la sociologie de la traduction appliquées au processus de changement de la PUI

La contextualisation⁹

Les éléments de contextes externes et internes susceptibles d'influer le projet au cours de son déroulement sont exposés dans le tableau ci-dessous (Tableau 4).

Tableau 4 : Caractérisation des contextes externes et internes.

	Contexte externe	Contexte interne
Eléments favorables	Le projet est appuyé par le Directeur de l'Établissement, le DRH et le COPIL du projet "global". Le psychologue du travail est un acteur moteur et reconnu comme légitime sur les deux projets "global" et "local" ; il a une bonne connaissance du contenu du projet : les RPS	Le cadre de pôle, le chef de service et le cadre du service sont à l'initiative et sont convaincus par l'utilité du projet. L'ensemble des agents rencontrés reconnaissent la pertinence et l'utilité de conduire un projet de prévention des RPS dans leur unité.
Eléments défavorables	La situation financière délicate du CH ne laisse pas envisager la mise à disposition de moyens supplémentaires	Des conflits existent entre PH : chacun s'occupe de son département et ils travaillent rarement ensemble. Les tentatives de travail commun ont donné

⁹ L'étape a été analysée (en plus des observations terrain) à l'aide des heures d'observation effectuées de situations de travail, d'entretiens informels conduits auprès d'agents et des informations recueillies dans le cadre de la conduite du projet "global".

	<p>pour déployer le projet.</p> <p>Des acteurs décisionnaires, impliqués dans le projet global vont prochainement quitter l'établissement (Directeur général, Directeur des soins, DRH, Directeur de la qualité).</p>	<p>lieux à des échecs et des conflits.</p> <p>Les résultats du baromètre social et les échanges avec les agents mettent en évidence de mauvaises relations entre encadrés et encadrants (remise en cause des modes de management).</p> <p>Les unités Stérilisation/Pharmacie, bien que regroupées dans le même service, fonctionnent en vase clos.</p>
--	---	--

Nous avons constaté, dès le lancement du projet, que des éléments du contexte interne ont eu une influence sur la phase de problématisation.

La problématisation empêchée par des éléments de contexte interne

Bien que les responsables du service soient moteurs et à l'initiative du projet et bien que l'ensemble des agents reconnaissent la conduite d'un projet de prévention des RPS comme légitime, ces derniers opposent des résistances à s'y investir. En effet, la réunion préparatoire au lancement du projet, organisée en avril 2014 et qui rassemblait le cadre de pôle, le chef de service et le cadre avait pour but d'échanger autour des résultats du baromètre social, de se mettre d'accord sur les modalités de la démarche et de nous présenter en tant que chercheur. L'incompréhension de certains résultats chiffrés de l'enquête a amené les participants à proposer une réunion de restitution ouverte à l'ensemble des agents du service, dans le but de présenter le projet, d'affiner le diagnostic, d'annoncer les futures étapes de la démarche et de motiver des agents à se porter volontaires pour s'investir dans son déploiement. Il est en effet décidé qu'un groupe de travail pluridisciplinaire doit être constitué, chargé de préciser le diagnostic et de dégager des pistes d'actions. La réunion de lancement s'est ainsi déroulée en juin 2014, animée conjointement par les responsables du service, le psychologue du travail et nous-mêmes. Dix-neuf agents sont présents et malgré des sollicitations aux échanges, très peu de réactions se font entendre. Nous insistons en fin de réunion sur l'importance d'avoir des volontaires au groupe de travail dans l'objectif d'établir un plan d'actions fidèle aux problématiques rencontrées quotidiennement. Début juillet 2014, le cadre du service nous contacte pour nous informer qu'aucun agent ne s'est manifesté pour s'inscrire au groupe de travail. Notre présence au sein du service, lors d'observations en situation de travail organisées début septembre 2014, ont été l'occasion pour nous d'interroger les agents sur les raisons de l'absence de volontaires au groupe de travail : la crainte de la présence des responsables dans le groupe est un élément qui nous a été rapporté à plusieurs reprises comme frein à l'investissement dans le projet : "*Des choses à dire on en a mais devant les responsables personne ne dira rien donc ça ne servira à rien*" (PPH). Pour répondre aux inquiétudes des agents, les responsables du service décident que la première réunion du groupe de travail (qui a pour objectif d'établir un diagnostic des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail) se déroulerait sans la présence des encadrants pour libérer la parole des agents. Une communication écrite est ainsi faite en ce sens, expliquant que la première réunion de restitution s'effectuera sans la présence des responsables et argumentant sur l'importance de leur participation par la suite : cette dernière garantira leur

adhésion aux actions proposées et appuiera leur mise en œuvre. Pour autant, aucun volontaire ne se manifeste et le chef de service, en concertation avec le cadre, décide de nommer huit agents pour composer ce groupe¹⁰. Ces éléments soulignent la fragile mobilisation des agents en début de projet ; les dispositifs d'intéressement se sont révélés être indispensables à la fédération des acteurs et à leur engagement effectif.

Des dispositifs d'intéressement qui conduisent à la problématisation et à l'enrôlement

Les espaces d'échanges entre professionnels et l'établissement partagé du diagnostic indispensables à la fédération des agents dans le groupe de travail.

La mise en évidence d'éléments communs de satisfaction/insatisfaction au travail et de problématiques communes lors de l'établissement du diagnostic en séance 1, a permis de créer un lien entre les agents de la pharmacie et de la stérilisation qui ne sont pas habitués à conduire ensemble des projets (problématisation). Le diagnostic a ainsi contribué à créer un groupe uni autour d'un objectif commun à changer : *"C'était bien ce diagnostic entre la stérilisation et la pharmacie, en fait on se rend bien compte qu'on a tous les mêmes problèmes, enfin on s'en doutait mais là ça le met vraiment à jour"* (ASH). Un **lien de confiance s'est également progressivement établi entre les agents et les encadrants** du service. En effet, l'acceptation par les responsables, en réponse aux inquiétudes des agents, de ne pas être présents lors de la séance 1 du groupe a souligné qu'ils étaient prêts à faire des efforts pour que soit établi un diagnostic fidèle aux problématiques rencontrées (problématisation) : *"C'était très bien qu'ils acceptent de ne pas être présents au début, et il le faut pour démarrer parce que ce n'est pas évident de parler, de faire des réunions, comme ça. Ça a montré qu'ils voulaient que tout soit dit, pour faire un vrai diagnostic"* (ASH). De plus, le partage des éléments de diagnostic entre les agents et les encadrants lors de la seconde séance de travail a permis la mise à jour de problématiques communes et a ainsi favorisé la convergence des intérêts et la volonté de participer au projet de l'ensemble des acteurs (problématisation) : Premièrement, les responsables ont accepté de s'exposer aux critiques concernant leur management, ce qui a rassuré les agents sur les objectifs du projet et a considérablement participé à créer un lien de confiance : *"C'est sur que ça n'a pas du être agréable pour eux de se retrouver face à nous pour le diagnostic, mais bon fallait le faire pour avancer, c'est bien qu'ils l'aient fait parce que ça montre qu'ils veulent bien essayer de faire quelque chose, vraiment"* (PPH). Deuxièmement, les discussions ont permis de **prendre conscience des contraintes de chacun et de relier des éléments d'insatisfaction au travail, non plus à des individus, mais à des problématiques organisationnelles** ouvrant ainsi des perspectives d'actions : *"De voir qu'ils se rendent compte que ce n'est pas facile pour nous sur le terrain, de les entendre le dire, de voir que ce n'est pas simple pour eux aussi... et de voir qu'on peut trouver des solutions c'est pour ça que j'ai voulu aller jusqu'au bout du projet"*

¹⁰ Composition du groupe de travail pluridisciplinaire :

Agents de la Stérilisation	Agents de la Pharmacie
Ibode (1), PPH (1), AS (1), ASH (1)	PPH (2), secrétaire administrative (1), magasinier (1)
Cadre de pôle, Chef de service, Cadre de santé, psychologue du travail, chercheurs.	

(ASH). La réunion, alternant des temps de présentation des éléments de satisfaction/d'insatisfaction et des temps d'échanges a suscité des discussions entre les participants : certains étaient partagés, d'autres ont fait débat. A la fin de la réunion un bilan oral du nouveau diagnostic est présenté et validé par l'ensemble des agents présents¹¹. Troisièmement, suite au partage du diagnostic en séance 2, mettant en évidence les modes de management et les mauvaises relations entre PH comme sources de dysfonctionnement organisationnel, l'ensemble des responsables du service (PH et cadre) ont pris la décision de constituer un groupe de travail qui leur soit propre pour engager des réflexions et tenter d'apporter des solutions : *"Ce diagnostic, restitué par les agents du service et qui remettait en cause nos modes de management, ça nous a mis un peu au pied du mur quelque part, ça nous a obligé à nous saisir de cette question. Et c'est ce qu'il nous fallait, on en avait tous besoin"* (PH). Cette initiative a confirmé les objectifs communs des acteurs engagés dans le projet (problématisation). Les **comptes rendus** sont rédigés par nos soins pour l'ensemble des réunions et envoyés aux agents qui ont la possibilité de le modifier et de l'enrichir, favorisant ainsi le maintien de la dynamique d'une réunion à l'autre et un lien de confiance entre les membres du groupe de travail et les coordinateurs du projet (le psychologue du travail et nous même).

Les outils partagés qui visent à formaliser l'engagement des acteurs dans le projet

Les séances 3 et 4 du groupe de travail ont visé à définir les actions à déployer en fonction des thèmes de travail retenus. Chacune des actions est inscrite dans une **fiche action** qui en précise les objectifs, les échéances, les étapes et qui nomme (enrôlement) un pilote (le pilote est un membre du groupe de travail qui se porte volontaire). Un **tableau de suivi du plan d'actions** - qui reprend le nom de l'action / le pilote / la date de début et de fin prévue / les moyens alloués et les étapes mises en œuvre / les étapes réalisées / les difficultés rencontrées et le retard éventuel / la date de fin de mise en œuvre effective – est également remis au groupe. Ce tableau est mis à disposition sur **un dossier commun partagé** afin que chaque chef d'action puisse l'alimenter au fur et à mesure de la mise en œuvre de l'action (enrôlement).

Un enrôlement effectif signe d'une traduction réussie

Les dispositifs d'intéressement mis en place ont assuré une mobilisation effective dans l'action. En effet, bien que les agents aient été nommés (et non volontaires) pour participer au groupe, leur **mobilisation a été effective dans le temps** : l'absence constatée d'agents à certaines séances était due à des nécessités de service et non à une volonté délibérée et les agents nous confiaient à chaque fin de séance la satisfaction procurée par leur implication dans le projet. La présence de PH aux séances de travail, alors que rien ne les y obligeait traduit également leur intérêt et leur engagement dans le projet. La **validation des comptes rendus** par les membres du groupe les responsabilisaient sur les réflexions à conduire lors des séances suivantes : *"De relire et de valider les comptes rendus ça permet de se rappeler ce qu'on s'est dit la fois d'avant et de savoir sur quoi on est tenu d'avancer aujourd'hui"* (PH)

¹¹ Quatre thèmes de travail sont retenus : améliorer les relations de travail interservices - améliorer les relations de travail entre encadrants et non encadrants - améliorer les relations entre encadrants - améliorer l'organisation interne à la stérilisation.

; "Ah bein les comptes rendus ça acte ce qu'on a dit et ce qu'on doit faire, ça engage" (AS). Lors de la nomination des chefs d'actions, des **agents se sont spontanément portés volontaires pour les déployer**, soulignant l'envie d'assumer un **rôle actif dans le projet** : "Oui cette action j'avais envie de la mettre en place, je la trouvais bien et ça relevait de mes compétences" (IBODE). La désignation d'agents sur les fiches actions ainsi que la mise en place du tableau de suivi du plan consultable dans un dossier commun visible par l'ensemble des chefs d'actions ont contribué à leur **engagement effectif et durable dans le développement du projet** : " Et le tableau ça permet de faire un bilan, de voir ou on en est et des fois de se donner un petit coup de fouet pour se stimuler... voilà pour terminer le projet il faut absolument qu'on suive un tableau de bord" (PH). Il est intéressant de noter que des **actions ont été mises en œuvre entre les séances de travail du groupe** : des problématiques abordées de manière informelle lors des échanges entre les agents et les responsables ont été réglées et des actions mentionnées comme devant apparaître dans le plan d'actions ont été lancées avant la finalisation du plan. Le tableau de suivi du plan d'actions est alimenté régulièrement et en janvier 2016 (six mois après la dernière séance de travail du groupe), **8 actions ont été totalement déployées et 4 autres sont en cours de mise en œuvre.**

Un projet qui se solidifie grâce à des rallongements du réseau

L'état d'avancement actuel du projet permet de faire état de deux rallongements du réseau réussis : le groupe de travail pluridisciplinaire et le groupe de travail propre aux encadrants (cadre de santé et PH) du service. Concernant ce dernier rallongement, la restitution du diagnostic établi par le groupe de travail en séance 2 s'est avéré être un dispositif qui a permis la problématisation et l'enrôlement des PH dans le projet. En effet, suite à cette restitution, les encadrants ont souhaité se réunir pour discuter des éléments de diagnostic remettant en cause les modes de management. Les échanges ont abouti à la nécessité d'entamer une réflexion commune pour améliorer la situation. Ils ont souhaité, pour démarrer, que le psychologue du travail et nous-mêmes les rencontrions en entretien individuel afin de comprendre les raisons qui les empêchent de parvenir à travailler ensemble. Une analyse des entretiens a mis en évidence des facteurs organisationnels responsables de leur "mauvaise entente". Une restitution a été organisée au cours de laquelle des pistes d'actions ont été identifiées.

4. Discussion et conclusion

L'analyse du processus de changement au sein du service Pharmacie/Stérilisation nous amène à formuler les constats suivants :

4.1 Le déploiement de projets RH à l'échelle de service pilote favorable à la mise en œuvre de changements effectifs.

En premier lieu, nous notons les effets positifs du déploiement de projet à l'échelle d'un service pilote : il favorise la mise en place de changements visibles aux effets mesurables rapidement et crée des espaces qui autorisent la discussion entre différents professionnels. Cette dynamique temporelle ainsi que les échanges autour de l'activité quotidienne de travail permettent de susciter et de maintenir l'enrôlement : les actions déployées sont adaptées car elles sont spécifiques à une réalité locale et les effets rapides des actions motivent les acteurs

à participer aux réunions sans être tentés de s'y absenter ou de les reporter. Le projet, parce qu'il permet de régler des questions qui préoccupent au quotidien les professionnels, le hisse en tête des priorités et favorise l'investissement des agents. De plus, les éléments de contextes externes défavorables soulignés dans l'étape de « contextualisation » n'ont eu aucun impact sur le déroulement du projet (contrairement au déploiement du projet "global" qui souffre des départs successifs des membres décisionnaires et qui s'est arrêté à la phase de définition du plan d'actions). Ainsi, le déploiement et l'analyse du projet à l'échelle du service souligne que les forces incrémentales, politiques et interprétativistes du changement sont bien présentes, mais que, grâce aux dispositifs d'intéressement mis en œuvre permettant la prise en compte des intérêts et objectifs de chacun des acteurs, elles ne déstabilisent pas le projet mais, au contraire, contribuent à le renforcer (la prise en compte des différences d'intérêts et d'objectifs a contribué à construire un projet « solide » et non à le déconstruire). Considérant ces éléments et l'absence d'influence des éléments externes défavorables (approche de la contingence) sur le projet "local", la planification du projet a été suivie (la temporalité du projet et les étapes ont été respectées).

4.2 L'élaboration partagée du diagnostic comme étape favorisant la problématisation.

Les diagnostics partagés ont permis la mise en évidence de buts « supragroupes » (Krief, 2012, p.14) entre les différents acteurs : cette phase garantit une problématisation réussie. L'élaboration du diagnostic spécifique au service en séances 1 et 2 du groupe de travail a souligné l'existence d'objectifs et d'intérêts communs à changer et a ainsi permis de rallonger le réseau, en enrôlant les agents (groupe de travail pluridisciplinaire) et les PH (groupe de travail encadrants) du service. Le « processus de création collective de sens »¹² décrit par Weick (2003) dans la littérature s'est opéré entre les décideurs du projet (le cadre de pôle, le chef de service et le cadre) et les agents du service.

4.3 La présence d'acteurs neutres

Nous soulignons l'intérêt de la présence d'acteurs neutres (le psychologue du travail et nous-mêmes) dans le déroulement du projet. Nous avons pu recueillir les préoccupations (Bareil, 2008) qui empêchaient les agents de s'engager dans le groupe de travail et enclencher en conséquence un processus de traduction visant à les rassurer et les convaincre de s'y investir. De plus, le rôle "d'animateurs" du groupe de travail que nous avons endossé a facilité les échanges entre ses membres : en effet, les éléments d'insatisfaction au travail n'étaient pas directement formulés par les agents ; nous les introduisons, limitant le sentiment d'attaque de personne à personne, en soulignant leurs sources organisationnelles, limitant ainsi les tentatives d'accusation et de responsabilisation qui auraient pu compromettre la problématisation et l'enrôlement des acteurs.

4.4 L'importance de la controverse et des outils dans le processus de traduction

¹² Weick (2003) explique que les acteurs construisent du sens selon deux mécanismes : le « sensemaking » (processus selon lequel les individus se construisent des explications pour donner un sens à la situation nouvelle) et le « sensegiving » (processus par lequel les acteurs de l'organisation tentent d'influencer d'autres acteurs pour qu'ils partagent leur vision du changement).

Nous appuyons à l'instar de la ST, l'importance de la controverse et des outils dans le processus de traduction. En effet, la réunion de lancement du projet (restitution du diagnostic) n'a permis aucun débat, pour les raisons exposées plus haut, et a empêché la problématisation et l'enrôlement des acteurs. A l'inverse, la deuxième réunion du groupe de travail, lieu d'échanges et de débats, a très clairement confirmé la problématisation et l'enrôlement des membres du groupe de travail dans le projet, et a diminué les risques de "*figuration faussement participative*"¹³ (Akrich et al., 2006). L'expression du conflit s'est ainsi révélée être source de changement (Bareil, 2008). Les outils mis en évidence dans l'analyse (comptes rendus, fiches actions, tableau de suivi du plan d'actions) ont rassuré les agents par leur transparence (problématisation) et ont "matérialisé" leur engagement (enrôlement).

4.5 Le contenu « RPS » du projet : le diagnostic organisationnel des facteurs de RPS nécessaire à l'ouverture de réflexions réellement préventives.

Le contenu du projet, les RPS, a suscité des inquiétudes chez les responsables du service (chef et cadre de service) avant le lancement du projet. En effet, aux vues des résultats du baromètre social qui remettaient en cause les modes de management et aux vues des relations « tendues » entre agents et encadrants, les responsables craignaient d'être victimes d'une culpabilisation excessive de la part des agents. De plus, lors de l'établissement du diagnostic, les discussions avaient tendance à pointer des « personnes » responsables de dysfonctionnements. La prise de conscience de l'existence d'un lien entre les dysfonctionnements et des sources organisationnelles a permis d'orienter les réflexions des membres du groupe vers des pistes d'actions collectives, et ainsi de ne pas susciter de controverses quant aux modalités de « traitement » des RPS (individuelles *versus* organisationnelles).

4.6 Limites et prolongements

La revue de littérature souligne le défi particulier que constitue la conduite de projets RH à l'hôpital et présente la ST comme un modèle approprié pour l'étude de démarches de changement dans ce type de contexte. Nous l'avons mobilisé pour proposer une analyse d'un projet de « Prévention des RPS » au sein du service Stérilisation/Pharmacie d'un CH public de la région LR. Nous relient le succès des phases de problématisation et d'enrôlement à l'implication des responsables du service, aux espaces d'échanges et au partage du diagnostic spécifique favorisant la mise en évidence de problématiques communes et les liens de confiance, à la présence d'acteurs neutres, à la mise en place d'outils partagés ainsi qu'à la pertinence de déployer le projet à l'échelle d'un service pilote.

Des points d'étapes pour suivre la mise en œuvre et évaluer les actions déployées à la PUI sont planifiés avec les agents du groupe de travail. Nous prévoyons également d'organiser des entretiens semi-directifs individuels "rétrospectifs" avec les membres du groupe de travail afin de recueillir leurs avis sur le déroulement du projet et consolider ainsi notre recueil de données.

¹³Akrich et al. (2006) parle de "figuration faussement participative" lorsque la présence aux réunions est confondue avec la participation active dans la mise en œuvre du changement.

Bibliographie

- Abord De Chatillon, E., Carrier Vernhet A., Desmarais C., (2010), *Peut-on comprendre la souffrance psychosociale des salariés sans qu'ils ne s'en rendent compte ?*, Acte du XXIème Congrès de l'AGRH, *Nouveaux comportements, nouvelle GRH ?*, 17-19 novembre 2010, Rennes-Saint Malo.
- Akrich M., Callon M., Latour B., (1988a), *A quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : l'art de l'intéressement*, Annales des Mines « Gérer et Comprendre », Juin, pp.4-17.
- Akrich M., Callon M., Latour B., (1988b), *A quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : l'art de choisir les bons porte-parole*, Annales des Mines « Gérer et Comprendre », Septembre, pp.14-29.
- Akrich M., Callon M., Latour B., (2006), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses des mines de Paris, 2006.
- Allard-Poesi, F., Perret, V., (2004), *La recherche-action*, e-thèque, Coll. « Méthodes quantitatives et qualitatives », <http://www.e-theque.com>; Allard-Poesi, F., Perret, V., (2004), « les représentations du problème dans la recherche-action », XIIIe Conférence de l'AIMS, Normandie, 2-4 juin 2004.
- Amar, A., Berthier, L., (2007), *Le nouveau management public: avantages et limites*, Gestion et Management Publics, Vol.5, Décembre.
- Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y.F., (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Editions du Seuil.
- Armenakis, A. A., Bedeian A. G., (1999), *Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s*, Journal of Management, vol. 25, n° 3, p. 293-315
- Audet M., (2006), *La mise en œuvre d'un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles : le cas du regroupement cardiopulmonaire au CHUS*. Thèse, Université de Sherbrooke, 29 mai 2006
- Bareil C., (2008), *Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience de changement*, Télescope, vol. 14, n°3. pp. 89-105.
- Baret C., E. Oiry, P. Codello-Guijaro, P. Koffi, (2011), « *Regards sur l'effectivité de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'hôpital public* », Journal d'Economie Médicale, volume 29, n°6-7.
- Bartoli A., (2005), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris.
- Bellego M., Legeron P., (2012), *Les risques psychosociaux au travail. Les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention*, De Boeck, 100 pages.
- Belorgey, N., *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, 2010, 337p
- Bezes P-H., (2009), *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses Universitaire de France.
- Biondi Y., Chatelain-Ponroy S., Sponem S., (2008), *De la qualification comptable et financière dans le secteur public : promesse et usages de la gestion par les résultats*, Politique et management public ; vol. 6, n°3

- Calamel L., Sanseau P.Y., (2012), « *L'émergence de dispositifs de GRH au sein des projets de R&D des pôles de compétitivité : analyse et éclairage à la lumière de la Théorie de l'Acteur Réseau* », AGRH, Nancy.
- Callon M., (1986), *Eléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles-Saint Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc*, L'année sociologique, Numéro spécial « La sociologie des sciences et des techniques », n°36, pp. 169-208.
- Callon M., Law J., (1988), *La protohistoire d'un laboratoire* », in Callon M., « La science et ses réseaux, Paris, La Découverte, p. 66-116.
- Callon M., (2008), *L'innovation par Michel Callon* , Chaîne Economie, Management, société, 15.09.2008.
- Cherkaoui W., Montargot N., Peretti J-M., Yanat Z., (2012), *Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital DS au Maroc*, Revue Humanisme et entreprise, n°310, vol.5, p.21-40
- Collerette P., (2008), *Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique*, Télescope, vol. 14, n°3, pp. 33-49
- Contandriopoulos A-P., (2002), *Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ?*, Gestion, Vol.3, n°27
- Demers C., (1999). *De la gestion du changement à la capacité de changer : l'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui*, Gestion, vol. 24 n° 3, p. 131-139.
- Denis J-L., Langley A., Rouleau L., (2004), *La formation des stratégies dans les organisations pluralistes : vers de nouvelles avenues théoriques?*, 13° conférence de l'AIMS, Normandie
- Dervaux A., Pichault F., Renier N., (2011), « *L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier* », Journal d'Economie Médicale, numéro spécial : 2^{ième} journée du management hospitalier, pp. 62-73.
- Douillet P., Sahler B., (2006), *La prévention des risques psychosociaux au travail : un défi stratégique pour les DRH*, XVIIème congrès de l'AGRH, *Le travail au cœur de la GRH*, IAE de Lille et Reims Management School, 16-17 novembre 2006, Reims.
- Dupuy F., (2004), *Sociologie du changement. Pourquoi et comment changer les organisations*, Dunod, Paris.
- Estryn-Behar, M., Caillard, JF., Duville, N., Le Nézet, O., (2006), Enquête Presst Next, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*
- Franchistéguy I., (2001), *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.
- Gollac M., (2012), *Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction*, Travail et Emploi, n°129, Janvier-Mars 2012, pp. 5-10
- Gollac M., Bodier M., (rédacteurs), (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du travail et des affaires sociales, 2011.

- Guillemot D., Jeannot G., (2013), *Modernisation et bureaucratie, l'administration d'Etat à l'aune du privé*, Revue française de gestion, vol. 54, n°1, pp. 83-110.
- Grenier C., Pauget B. (2007), *Qu'est-ce que la recherche en management?*, Recherche en soins infirmiers, 2007/4 N°91, p.12-23.
- Krief N., (2012), *Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective*, 23° Congrès de l'AGRH, Nancy.
- Langley A., Denis J-L, (2008), *Les dimensions négligées du changement organisationnel*, Télescope, vol. 14, n°3, pp. 13-32
- Latour B., (1989), « *La science en action* ». La Découverte, Paris
- Latour B., (2005), « *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences* », Paris, La Découverte.
- Lefebvre, B., Poirot, M., (2011), *Stress et risques psychosociaux au travail : Comprendre-Prévenir-Intervenir*, Elsevier Masson, 2011, 137 p.
- Loriol, M., (2008), *Discussion informelle au sein de groupe de travail et construction du stress. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de sécurité urbaine*, Revue Communication et organisation, n°36, pp. 20-31.
- Minvielle E., Contandriopoulos A-P., (2004), *La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?*, Revue Française de gestion, 2004/3, n°150, pp. 29-53.
- Moisson V., Roques O., (2005), *La responsabilité sociale face au stress professionnel*, 16^{ième} Congrès de l'AGRH, Paris Dauphine, 15-16 septembre 2005.
- Mossé P., Paradeise C., (2003), *Restructuration de l'hôpital ; Recomposition des hôpitaux. Réflexions sur un programme*, Revue française des affaires sociales, vol. 3, n°3, p. 141-155.
- Nobre T., (1999), *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité*, XXème Congrès de l'AFC, Bordeaux, mai.
- Nobre T., (2001), *Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage : apports et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif*, Comptabilité- Contrôle – Audit, tome 7, Vol. 2, pp. 125-146.
- Nobre T., (2013), *Désapprendre ce qui n'a pas été appris. Le paradoxe de la conduite du changement organisationnel à l'hôpital*, Revue internationale de psychologie et de gestion des comportements organisationnels, n°47, vol. XIX, p. 151-163
- Perret V., (1996), *La gestion du changement organisationnel : articulation de représentations ambivalentes*, Actes de la 5ème conférence Internationale de Management stratégique (AIMS), Lille.111
- Perret V., (2003), *Les paradoxes du changement organisationnel*, dans *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipse, p253-297.
- Pettigrew A-M., (1987), *Context and action in the transformation of the firm*, Journal of Management Studies, vol. 24, n°6, pp. 649-670.
- Pichault F., (2013), *Gestion du changement. Vers un management polyphonique*, Bruxelles, De Boeck, 2° édition.

- Rondeau, A., (1999), *Transformer l'organisation : vers un modèle de mise en œuvre*, Gestion, vol. 24, n° 3, 1999, p. 148-157.
- Rondeau A., (2008), *L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes*, Télescope, vol. 14, n°3, pp. 1-12
- Sainsaulieu, Y., (2007), *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*, Belin
- Vézina M., (1999), *Altérabilité du contexte et formation de la stratégie : une analyse contextualiste*, AIMS, Cergy-Pontoise
- Vinck L., (2014), Les expositions aux risques professionnels, les contraintes organisationnelles et relationnelles. Enquête SUMER 2010, Dares, Synthèse. Stat, n°7, aout 2014.
- Vincent G., (2005), *Les réformes hospitalières*, Revue française d'administration publique, 2005/1, n°113, pp. 49-63.
- Weick K.E., (2003), Préface, in in Vidaillet B., (dir), *Le sens de l'action*, Paris Vuibert, pp. 1-3
- Yin R.K. (1989), *Case study research- design and methods* », in *Applied Social, Research Methods Series* , Volume 5, Sage publications