

LES FIGURES DIVERSIFIÉES DES CONSULTANTS ET EXPERTS EN PRÉVENTION DES RPS

Tarik Chakor

Chercheur associé LEST-CNRS, UMR 7317 / Maître de Conférences à l'Université de Savoie,
Laboratoire IREG EA 2426
Tarik.CHAKOR@univ-amu.fr / 06 20 73 56 16

Christophe Massot

Chercheur associé LEST-CNRS UMR 7317 / Post-Doctorant CNAM-CRTD
masstophe@yahoo.fr / 06 18 90 83 69

L'objectif de cet article est d'analyser l'activité des consultants et experts en prévention des RPS, acteurs décisifs de plus en plus mobilisés. Cette analyse s'opère ici au regard de la dimension stratégique et politique du champ d'intervention des RPS, caractérisé par une prescription juridique et conceptuelle incomplète, favorisant le développement de figures diversifiées d'intervenants externes. Nous présenterons ainsi le consultant co-constructif, le consultant adaptatif, le consultant militant, l'expert conseil, l'administrateur de la preuve et l'initiateur.

Dans cette contribution, nous nous proposons de questionner l'activité pratique des consultants et experts, que nous regrouperons sous le terme d'«intervenants externes», de la prévention des risques psychosociaux au travail (RPS). Si la question de l'effectivité de la prévention des RPS portée par les cabinets, notamment d'expertise, est mise en débat (Dossier controverses de la NRT, 2014; Clot, 2010), rares sont les études qui nous renseignent sur l'activité proprement dite de ces intervenants externes, sur leur production d'expertises, de formations et/ou de dispositifs de prévention.

Notre hypothèse est que les consultants et experts ne disposent, pour asseoir leur activité, que d'une prescription faible et lacunaire, prise dans des jeux d'acteurs aux intérêts potentiellement contradictoires. Dès lors, ces intervenants sont amenés à recomposer cette prescription: ces recompositions, menées seules ou au sein d'un collectif (cabinet de conseil et/ou d'expertise), dessinent des positions et des figures du métier hétérogènes, pouvant être opposées. Ainsi, les métiers de consultant et d'expert en prévention des RPS ne forment pas un corps homogène mais offrent une pluralité de visages. Dans cet article, nous nous proposons d'examiner dans un premier temps les prescriptions faites à ces intervenants externes, pour comprendre ensuite la pluralité de ces figures de métier.

— UNE PRESCRIPTION INCOMPLÈTE

Les intervenants externes en RPS s'inscrivent dans un contexte global d'intervention peu prescriptif, ni le droit, ni les modèles de la santé ne disant ce que ces acteurs doivent faire. Cette prescription incomplète autorise la mise en place de jeux d'acteurs stratégiques et politiques, articulés autour de l'imputation de la responsabilité des RPS.

La construction juridique de la commande

Les démarches d'intervention des consultants portant spécifiquement sur les RPS, qu'elles soient à l'initiative des directions d'entreprise ou des unions locales ou départementales, ne sont pas encadrées par la loi. En effet, la commande et la prescription visant à mettre en place des formations spécifiques et/ou de proposer des actions de prévention se construisent directement avec le client.

Le cas de l'expertise CHSCT est cependant clairement réglementé : le CHSCT peut déclencher le droit à l'expertise, selon les articles L.4614-12 et L.4614-13 du Code du Travail, si un risque grave est déclaré ou si un projet modifie les conditions de sécurité et de santé. Cette expertise s'appuie sur l'obligation, spécifiée par l'article L.4132, faite à l'employeur de «protéger la santé physique et mentale» des salariés. Les élus du personnel du CHSCT choisissent un expert indépendamment du consentement du président du CHSCT. Les conclusions de l'expertise ne constituent pas une obligation pour l'employeur

La loi ne dit pas ce que doit comporter une expertise. Il est juste indiqué, dans l'article L.4614-12, les conditions dans lesquelles l'expert est agréé par l'autorité administrative. L'agrément est attribué, au plus tous les cinq ans, par une procédure impliquant, selon l'article R.4614-11 et suivant, le ministère du travail, l'ANACT, l'INRS et le Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT). Si le ministère du travail indique que le dossier d'agrément doit suivre une méthodologie, cette dernière ne constitue pas une prescription de l'activité d'expertise. «Il n'y a pas de prescrit ni de référentiels. Rien ne nous dit explicitement sur ce qu'on doit faire» juge un expert. Même si une prescription officieuse circule, elle reste ouverte, largement interprétable.

De plus si les représentants du personnel commandent l'expertise, il revient à la direction de payer. Le client peut avoir tendance, dans ce cadre, à être moins attaché à la définition précise d'une prescription, pouvant utiliser l'expertise comme une amende infligée à la direction, indépendamment de son contenu.

Les modèles de la santé au travail

Au-delà de la dimension juridique, le champ d'intervention autour des RPS apparaît peu prescriptif du fait de la coexistence de modèles de santé potentiellement contradictoires. Nous distinguons trois modèles de la santé mentale au travail, chacun informant le cadre cognitif de la prévention des RPS.

Le premier modèle caractérise la pathologie par le déséquilibre. Ce déséquilibre s'établit, dans sa formulation la plus simple, entre les ressources disponibles pour le travail et les contraintes. Formulé dès 1979 (Karasek, 1979), le modèle de Karasek évalue l'écart entre les exigences psychologiques du travail et l'autonomie. La première composante désigne les exigences du travail, la seconde la capacité de l'individu à peser et choisir les modes opératoires. L'Agence Européenne de la Sécurité et de la Santé définit ainsi le stress comme «un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses

propres ressources». Ce modèle laisse aux experts une marge d'interprétation et d'action. Ils ont la possibilité de rectifier les ressorts subjectifs de la perception de l'individu par du coaching (Bandura, 2003), d'augmenter sa «résistance» au déséquilibre par une formation à la gestion du stress (Rasclé, Irachabal, 2001), de restaurer des moyens adéquats à l'activité, de développer son pouvoir d'agir ou encore de diminuer les contraintes de l'environnement.

Le second modèle caractérise la pathologie par le déséquilibre entre l'investissement et la récompense. Ce modèle «efforts-récompenses», dont le paradigme est fourni par les travaux de Siegrist (Siegrist, 1996), met l'accent sur le rapport perçu entre les investissements de l'individu et la rétribution reçue en termes d'estime, de statut et de gratifications monétaires. Cette approche est congruente avec celle de l'école française de psychodynamique (Dejours, Gernet, 2009) pour laquelle le jugement sur l'objet du travail assoit la reconnaissance de l'effort de l'individu pour dépasser la résistance du réel. Ici, pour agir sur la santé, il revient, à ceux qui en ont pouvoir, de reconnaître le travail par des gratifications monétaires ou statutaires, ou d'organiser les conditions de sa reconnaissance.

Enfin le troisième modèle caractérise la santé comme l'activité du sujet dans son environnement. «Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité (...) d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles» écrit G. Canguilhem (Canguilhem, 1984). Si la santé n'est plus un équilibre statique «normal», la pathologie n'est plus un déséquilibre. La santé, c'est le développement d'un pouvoir d'agir. Agir sur la santé, c'est alors seconder le développement du pouvoir d'agir des individus et du collectif sur leur activité et leur environnement (Petit et *alii.*, 2011 ; Clot, 2004). Ce modèle n'est pas contradictoire avec une interprétation du modèle de Karasek en terme de pouvoir d'agir (Davezies, 2004).

Ces trois types de modèle engagent une analyse et des pratiques de prévention des RPS différentes sans qu'il existe de consensus définitif des organismes prescripteurs ou de la communauté scientifique institutionnelle (Gollac, Bodier, 2011), si ce n'est le refus de renvoyer l'individu à sa seule insuffisance. Les consultants doivent construire, à partir de ces modèles, leur définition de la santé et de la prévention.

Des interventions externes au cœur d'un champ stratégique

La coexistence de modèles de la santé au travail et du flou conceptuel autour du «phénomène RPS» concourt au développement de constructions sociales opposées de ces risques par les acteurs de ce champ. En effet, historiquement, les risques professionnels sont placés dans une tension entre approche restrictive individualisante et approche élargie organisationnelle (Chakor, 2013), tension articulée autour de l'enjeu d'imputation de responsabilité de ces risques. Ainsi, comme nous l'avons vu en présentant les modèles de santé au travail, les RPS pourront d'une part être appréhendés comme un mal individuel à soigner en augmentant la résistance du travailleur, en le formant et/ou en le récompensant à des fins compensatoires; d'autre part, les RPS peuvent être appréhendés comme un dysfonctionnement organisationnel en lien avec l'activité de travail, pouvant être résolu par la restauration de marges de manœuvre et/ou le développement du pouvoir d'agir.

La prescription incomplète des RPS en termes juridiques et conceptuels concourt alors à la constitution d'un champ stratégique et politique, où la représentation des RPS et le type de solutions mises en place vont de pair avec l'imputation de la responsabilité de ces risques. C'est ainsi qu'il nous paraît indispensable de «penser» les pratiques des intervenants externes dans cette logique. En effet, ces acteurs, qui sont de plus en plus mobilisés, ne se limitent pas à la construction sociale de

ces risques, ils intègrent d'une manière active les jeux d'acteurs et rapports de force de l'entreprise. Plus que de simples «garants scientifiques», les consultants et experts sont des acteurs à part entière de la scène RPS, tissant des relations différenciées avec l'ensemble des parties prenantes, directions, salariés, représentants, services de santé au travail. Ils se situent dans une position intermédiaire entre différentes logiques d'acteurs, différentes représentations d'une situation de travail, ils assurent un rôle de tiers-intervenant construisant un objet qui sera au cœur de discussions, de controverses et de débats.

Ni le droit, ni les modèles reconnus de la santé ne ferment la prescription faite au consultant ou à l'expert. Ces derniers se placent alors au centre d'une scène où sont présents des acteurs aux intérêts hétérogènes pour redéfinir leurs pratiques professionnelles de prévention des RPS. Il convient ainsi de nous intéresser à cet acteur de la scène des RPS et à ses positionnements potentiellement porteurs de stratégies différenciées.

— MÉTHODOLOGIE

Au niveau méthodologique, nous nous sommes ancrés dans le paradigme épistémologique interprétativiste. Nous avons retenu une démarche qualitative de type exploratoire (Thietart, 2007). Nous avons récolté des données de type primaire via 45 entretiens semi-directifs compréhensifs menés auprès d'une population de consultants appartenant pour 31 d'entre eux à un réseau de consultants en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 6 journées d'observation d'échanges/confrontation de pratiques entre consultants de ce réseau. Nous avons également collecté des données de type secondaire via l'étude de 19 rapports de mission d'intervention et d'expertise de cinq cabinets différents. Enfin, au niveau de l'analyse des données récoltées, nous avons réalisé une analyse de contenu de type thématique (ibid., 2007) à partir du logiciel NVIVO9 ¹.

— LES FIGURES DU CONSULTANT ET DE L'EXPERT

Cette prescription, dans les espaces laissées par ses lacunes et ses contradictions, donne aux experts et consultants la possibilité d'une définition propre de positionnements stratégiques et de figures de métiers. La typologie que nous proposons maintenant est un outil méthodologique permettant de distinguer des tensions spécifiques structurant le métier des experts et consultants. Les figures réelles sont toujours des recompositions particulières de ces figures théoriques.

Une typologie des positionnements stratégiques

Le consultant co-constructif

Ce type de consultant «fait réseau», met en relation les parties prenantes afin d'amorcer une collaboration devant, en fin de processus, les faire partager une même vision des RPS et des voies à suivre pour les prévenir. Il s'inscrit ici comme fédérateur et animateur du processus, amenant progressivement les différents acteurs à s'impliquer dans la démarche. Ainsi, le consultant «problématise» la situation psychosociale en se basant sur des éléments objectifs (indicateurs de turn-over, d'absentéisme, documents internes etc.), afin de réaliser le diagnostic le plus complet et le plus précis possible, limitant les éventuelles contestations d'acteurs de l'entreprise. Le consultant co-constructif réinterroge la demande du commanditaire, l'analyse, la reformule jusqu'à ce qu'elle soit partagée par l'ensemble des acteurs (Direction, salariés, représentants du personnel, médecin du travail principalement). Il détermine les contours du problème RPS avec la participation et l'implication des acteurs, qui acceptent de coopérer et de réaliser ensemble un «co-diagnostic».

L'objectif est ici de développer un climat de confiance et de transparence, favorisant l'implication des acteurs. Le consultant co-constructif devient ainsi l'initiateur du mouvement visant à faire converger les membres de l'organisation autour de la traduction des RPS et des solutions à mettre en œuvre: il doit s'assurer de la collaboration effective de ces membres, c'est ainsi que l'idée de comité de pilotage est très largement retenue. Ce comité de pilotage doit être représentatif de l'ensemble des acteurs, base de sa légitimité et de la légitimité du diagnostic approfondi. Ce «micro-réseau» apparaît comme la colonne vertébrale de la démarche de prévention des RPS. Le consultant doit fédérer, répartir les rôles, veiller à leur respect par les membres du comité de pilotage et surtout «faire faire» ces membres: il joue le rôle de tuteur, voire de «garde-fou», amenant les acteurs du micro-réseau à échanger, à faire évoluer leurs positions, jusqu'à l'émergence d'une représentation consensuelle et stabilisée des RPS. Le comité de pilotage doit ensuite porter et diffuser à l'ensemble des membres de l'organisation la résolution des RPS co-construite, le consultant devant ici permettre cette diffusion, toujours dans une logique d'appropriation par les acteurs. Ainsi, c'est en permettant à l'organisation de gérer elle-même les RPS que le consultant comme «acteur-réseau co-constructif» a terminé sa mission.

Le consultant adaptatif

Ce type de consultant intègre en priorité les opinions et les représentations du commanditaire dans la démarche de gestion des RPS. Il tisse ainsi une relation privilégiée avec son client, avec lequel il construira ses modalités d'intervention: il ne remettra pas, ou peu, en question la demande formulée par le commanditaire, cette demande guidant son action et constituant un fil conducteur à son intervention. Le recueil, mais surtout le traitement des sources de données afin de réaliser un prédiagnostic de la situation, tendront à ne pas aller à l'encontre de la vision du commanditaire. Le consultant adaptatif pose ainsi les bases d'une démarche de gestion des RPS guidée et «orientée» par le commanditaire. L'objectif est ainsi de promouvoir la vision du commanditaire: les contours du problème RPS correspondront à sa représentation de ce phénomène, les autres membres de l'organisation étant considérés comme secondaires dans cette formalisation. Le consultant adaptatif apparaît ici comme un «caméléon» dont l'objectif est d'aller «dans le sens» de la demande. Le «comité de pilotage adaptatif», s'il existe, semble devoir participer à la promotion de la vision du commanditaire. Ainsi, une non-représentativité des membres de ce comité au profit du commanditaire (plus de représentants de l'encadrement que de représentants du personnel par exemple), voire un «crédit» plus important accordé par le consultant à certains membres du comité de pilotage, peuvent éventuellement illustrer cette démarche adaptative.

Le consultant militant

La dimension militante des pratiques de consultants en gestion des RPS est, souvent, clairement perceptible. Elle semble reposer sur la combinaison de deux éléments: un type de commanditaire exclusif (Direction ou CHSCT) et une dimension idéologique tendant à inscrire le consultant, et son cabinet, du même «côté» du rapport de force et de la lutte des classes que son client. Au-delà d'une simple posture d'intervention, ces pratiques résultent d'un choix et d'un positionnement stricts, vecteurs d'engagement «quasi-politique». Le consultant militant partage une vision commune du monde du travail et des rapports de force avec son commanditaire exclusif. Le recueil d'indicateurs et de documents internes s'opère «à charge de l'ennemi» et au profit du commanditaire. La volonté de faire converger les acteurs autour d'un même processus n'est pas prioritaire. Le consultant outille le commanditaire et contribue à promouvoir une représentation des RPS tendant à imputer leur

responsabilité au «camp adverse». Ainsi, le consultant apparaît comme un allié stratégique du commanditaire. Son objectif n'est clairement pas la convergence des représentations des RPS, mais l'approche politique et conflictuelle de ces risques.

Une typologie des figures de métier

L'expert conseil

L'expert est ici un spécialiste proposant un conseil au client, que ce dernier représente la direction ou les salariés. Sans pouvoir effectif réel, il ne prétend pas agir lui-même sur la santé ou les facteurs de risques, mais dit se mettre au service des acteurs en charge de la prévention. Il offre une connaissance spécialisée et comparative de la prévention des RPS. Un cabinet d'expertise propose comme «Accompagnement à l'élaboration de démarches de prévention des RPS», «une approche professionnelle (permettant) d'agir en prévention de manière significative. (...) Notre palette méthodologique va des entretiens cliniques aux questionnaires en passant par l'analyse des contraintes en poste. C'est toujours la nature de la difficulté qui doit induire la méthode choisie». L'expert cherche à proposer des moyens adaptés aux besoins du client et éprouvés dans d'autres entreprises.

Mais dans les faits, il reste dépourvu d'une technicité permettant d'assurer une prévention «significative», et même du pouvoir et des moyens de l'appliquer. L'enjeu de l'activité devient alors de se tenir au plus près des jeux d'acteurs et de leurs schèmes de compréhension pour leur transmettre les méthodologies reconnues et développer leur capacité de réflexion. «*Plus je prends de la bouteille, plus je suis modeste. Une bonne expertise, ce serait au moins de former les élus*» juge un expert. La question de métier posée à l'expert est celle de la compréhension des besoins, de l'environnement et des capacités des acteurs afin de proposer une méthodologie assimilable et pertinente. La pédagogie et la force de communication sont également au cœur du métier de ces experts comme conditions de leur capacité à influencer sur les prises de positions des acteurs. Les symboles marquant la possession d'un savoir légitime sont ici essentiels. La publication de livres ou d'articles, l'affichage du carnet d'adresses des entreprises ou CHSCT clients, la reconnaissance institutionnelle sont les preuves de la légitimité de cet enseignement et de ces conseils

L'administrateur de la preuve

L'expert cherche ici à construire une preuve de la situation de la santé mentale des salariés ou de la valeur des actions de préventions prises par la direction. Cette preuve a deux fonctions. Elle sert d'abord à nourrir la défense d'une direction lors d'un conflit juridique ou à instruire la plainte des représentants du personnel. Cette figure métier se constitue depuis «l'obligation de résultat» et le spectre de la «faute inexcusable» inscrits dans le code du travail et de la Sécurité Sociale 2. Ensuite, elle sert à «lever le déni», soutenu par une direction, sur une situation dégradée. L'enjeu est de produire une objectivation incontestable permettant aux élus du personnel de faire valoir la nécessité d'actions de prévention. Ces deux fonctions sont interdépendantes puisque si une direction a eu connaissance d'une situation dégradée sans avoir agi, elle peut être accusée d'avoir failli à son obligation de résultat en toute connaissance de cause.

L'enjeu professionnel pour l'expert est d'asseoir une preuve incontestable. Il utilise à cette fin l'ensemble des outils légitimes: les questionnaires issus des modèles de Karasek ou Siegrist, les observations de situations de travail, les *verbatim* recueillis lors d'entretiens individuels ou collectifs etc. La multiplication des méthodologies comme la grandeur des panels permettent de solidifier la preuve. Cette professionnalité reste en construction tant la jurisprudence n'est pas encore stabilisée.

L'initiateur

L'expert prend ici une position à rebours de son statut en refusant la maîtrise exclusive de l'analyse des facteurs de risques et des politiques de prévention. Constatant l'inertie des milieux de travail expertisés, il met en question l'efficacité de son activité de prévention à faire émerger la question du travail. «Les responsables des affaires sociales font très bien leur affaire. Par (l'activité juridique du CHSCT), ils construisent un écran de fumée : les syndicalistes ne voient plus les salariés. Ils sont pris dans un travail, très prenant dans lequel ils croient faire leur travail de syndicaliste. Mais à la vérité ils ne font rien d'autre que de se faire manipuler» analyse un expert. Si un travail de prévention peut être mené, il consiste alors à instruire la remise en jeu des questions de travail.

Plusieurs difficultés se présentent à ces experts. La première consiste à faire saisir aux élus les limites d'une prévention «formelle» qui se saisirait des outils juridiques et des dispositifs de prévention sans parvenir à instruire la question du travail et de l'organisation (Bouffartigue, Massot, 2014). La seconde, plus complexe, consiste à animer des espaces mettant en question le travail avec des élus du personnel et des représentants de la direction. L'enjeu n'est plus de prescrire, mais de faire émerger des espaces de délibération sur ce qui dans le travail est objet de désaccord et source de souffrance. La difficulté est que l'expert doit soutenir ce débat tout en s'en écartant pour le laisser aux acteurs de l'entreprise. Sur un fil, il doit initier sans participer. La dernière difficulté est d'inscrire la direction dans la mise en débat du travail.

CONCLUSION

Dans le creux de prescriptions ouvertes, le consultant et l'expert en prévention des RPS peuvent dessiner des figures propres de leur métier, figures potentiellement opposées. Ces figures informent les cadres par lesquels les acteurs de l'entreprise pensent et construisent la question de la prévention des RPS. Par l'action des experts et consultants, la prévention des RPS peut tendre vers les rapports de forces entre direction et représentants du personnel, vers une dynamique de judiciarisation des questions de santé, vers une logique classique de gestion de risque ou vers la construction d'un autre rapport politique, à l'intérieur de l'organisation, sur les questions de travail et d'organisation du travail. Mais les experts et consultants ne tiennent qu'un moment de cette construction. Les dynamiques de prévention des RPS constituent un jeu collectif.

Les pratiques d'interventions sont hétérogènes, ne laissant pas toutes la même place au travail comme opérateur de santé. Certaines pratiques peuvent mettre à distance le travail réel, d'autres peuvent l'y amener. Une perspective sociologique de recherche pourrait être d'interroger les configurations socio-productives des organisations, des secteurs d'activité ou des milieux professionnels autorisant, ou interdisant, telle pratique d'intervention. L'enjeu serait de comprendre les marges d'action dont peut disposer l'expert ou le consultant pour tenir sa propre construction du métier.

La question ouverte est de comprendre jusqu'où ce métier peut résister aux forces centripètes qui l'habitent. Jusqu'où une profession peut laisser en son sein se développer des pratiques divergentes. À ce titre, différents acteurs ont pour ambition de porter une définition du métier, la leur, pour asseoir la reconnaissance et la légitimité de leur profession. Il conviendra, dans de futurs travaux, de s'interroger plus en profondeur sur cette (re) définition du métier, et de suivre les chemins de son évolution. C'est notamment l'un des objectifs d'un groupe de chercheurs du Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST-CNRS UMR 7317, Aix-en-Provence) et du programme de recherche «STRIPAP – Stress, Risques Psychosociaux : Acteurs et Pratiques».

-
- ¹ Logiciel pour recherches qualitatives et mixtes permettant de collecter, organiser et analyser du contenu tel que des interviews, des discussions de groupes, des enquêtes et des fichiers audio.
- ² Article L4121-1 du Code du Travail, article L 452-1 et suivants et L 453-1 du Code de la Sécurité Sociale. Lanouzière H. (2011), « La prévention des risques psychosociaux du point de vue du code du travail », *Semaine Social Lamy*, n° 1480, 21 février, p. 6-11.
-

Bibliographie

- Bandura A. (2003)**, Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle, Paris, De Boeck.
- Bouffarigues P., Massot C. (2013)**, « Élus CHSCT face aux « RPS » : une typologie des pratiques », *Chroniques du travail*, n° 3, p. 173-187.
- Canguilhem G. (1984)**, Le normal et le pathologique, PUF, Paris.
- Chakor T. (2013)**, Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail, Thèse de doctorat en sciences de gestion réalisée sous la direction d'Ariel Mendez, Aix-Marseille Université, 396 p.
- Clot Y. (2004)**, « Action et connaissance en clinique de l'activité », *@ctivités*, vol.1, n° 1, p. 23-33.
- Clot Y. (2010)**, Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, *Éditions La Découverte*, Paris.
- Davezies P. (2004)**, « Malaise dans le rapport au travail », dans M. Sassolas (s/d) Malaise dans la psychiatrie : changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques, *Éditions Érès*, p. 31-40.
- Dejours C., Gernet I. (2009)**, « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.2 n° 8, p. 27-36.
Dossier « Controverses – L'expertise CHSCT : quelle ressource pour le syndicalisme? », *Nouvelle Revue du travail*, <http://nrt.revues.org/1009>.
- Gollac M., Bodier M. (s/d) (2011)**, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, Avril.
- Karasek R.A. (1979)**, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, n° 24, p. 285-308.
- Petit J., Dugué B., Daniellou F. (2011)**, « L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques », *Le travail humain*, n° 4, vol.74, p. 391-409.
- Mias A. (2010)**, Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail? *Ellipses*, Paris.
- Rascle N. et Irachabal S. (2001)**, « Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé », *Le travail humain*, vol. 64, n° 2, p. 97-118.
- Siegrist J. (1996)**. « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, n° 1, 27-41.
- Thietart R.-A. (dir.) (2007)**, Méthodes de recherche en management, Paris, *Éditions Dunod*, 3^e édition, 2007.