



¿Cuáles son los objetivos de la acción en salud laboral: actuar sobre los actores o actuar sobre la organización?

Quais são os objetivos da ação em saúde no trabalho: agir sobre os atores ou agir sobre a organização?

Quels buts pour l'action en santé au travail : agir sur les acteurs ou agir sur l'organisation ?

What are the goals for action in occupational health: acting on the actors or acting on the organization?

Sabrina Rouat y Yves Clot



Edición electrónica

URL: <https://journals.openedition.org/laboreal/23219>

DOI: 10.4000/14fou

ISSN: 1646-5237

Editor

Universidade do Porto

Referencia electrónica

Sabrina Rouat y Yves Clot, «¿Cuáles son los objetivos de la acción en salud laboral: actuar sobre los actores o actuar sobre la organización?», *Laboreal* [En línea], Vol.21 N°1 | 2025, Publicado el 30 julio 2025, consultado el 05 agosto 2025. URL: <http://journals.openedition.org/laboreal/23219> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/14fou>

Este documento fue generado automáticamente el 5 de agosto de 2025.



Únicamente el texto se puede utilizar bajo licencia CC BY-NC 4.0. Salvo indicación contraria, los demás elementos (ilustraciones, archivos adicionales importados) son "Todos los derechos reservados".

¿Cuáles son los objetivos de la acción en salud laboral: actuar sobre los actores o actuar sobre la organización?

Quais são os objetivos da ação em saúde no trabalho: agir sobre os atores ou agir sobre a organização?

Quels buts pour l'action en santé au travail : agir sur les acteurs ou agir sur l'organisation ?

What are the goals for action in occupational health: acting on the actors or acting on the organization?

Sabrina Rouat y Yves Clot

NOTA DEL EDITOR

Traducido por: Agustina Blanco (agustinablanco@gmail.com)

Manuscrito recibido el: 27/01/2025

Aceptado el: 29/03/2025

1. Introducción

- 1 En el campo de la salud laboral, cualquier consultor que tenga la ambición de transformar el trabajo y la organización del trabajo ha podido experimentar la resistencia de la institución formal. A veces, su ambición llega a buen puerto. Pero la conquista jamás puede darse por descontada, ni tampoco conlleva la promesa de una conversión que se mantendrá en el tiempo. El desafío que plantea entonces la intervención consiste en la capacidad para instituir modos de interacción duraderos y

propicios para la elaboración de los conflictos entre los distintos puntos de vista sobre la calidad del trabajo (Clot et al., 2021), recursos que permitirán luego actuar en cuestiones de salud.

- 2 Si bien los avances (científicos y regulatorios) son numerosos, notamos que las organizaciones se transforman poco o nada, al menos en la materia que nos ocupa. Esto revela un problema en las iniciativas desplegadas (Guidou, 2024; Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, 2015), más la intervención no deja de ser el terreno para experimentar las posibles vías de transformación. La pregunta es cómo.
- 3 En el presente artículo, discutiremos acerca de dos perspectivas de acción. La primera es la de prevención de riesgos. Allí la intervención apunta ante todo a establecer un conocimiento sobre los factores de riesgo, para luego orientar decisiones que permitan controlarlos, actuando sobre la organización del trabajo (Vézina et al., 2006). Por ejemplo, la secuencia “conocer para actuar”, que estructura el enfoque metodológico en cuanto a la prevención primaria (Vézina et al., 2006), apuesta a los efectos transformadores del conocimiento. La intervención busca entonces poner a trabajar a los actores involucrados. Cabe entender por actor a las distintas partes interesadas que potencialmente alimentan un *trabajo de organización* (de Terssac & Lompré, 1996), también identificados como agentes de salud laboral o de prevención: en particular, y más allá de los técnicos de prevención, las direcciones y la supervisión, los departamentos de recursos humanos (RR.HH.) y los representantes de personal (INRS, 2012). El objetivo será plantear un diagnóstico que propicie la toma de conciencia entre los actores con poder de decisión favorable al compromiso de los profesionales de campo, mediante preguntas dirigidas a estos últimos. Así pues, esta aproximación a la salud laboral diferencia el diagnóstico de las recomendaciones, abordando el conocimiento por una parte y la transformación por otra. La intervención pretende afectar a estos actores para inducirlos a contemplar otros modos de organizar el trabajo y así modificar las prescripciones.
- 4 Laville ya había puesto en entredicho tal modelo epidemiológico de la acción. Demostraba que el diálogo dentro de la empresa corría el riesgo de verse “formateado” por una *expertise* científica focalizada a priori en ciertos riesgos específicos, imputados a trabajadores presuntamente “pasivos”. A ello oponía un “análisis clínico de la actividad” (1998), que señala dónde se encuentran los riesgos reales junto a quienes los corren, siendo que esos riesgos no específicos siempre dependen del contexto. Esta segunda perspectiva es la que privilegiamos al desarrollar la presente clínica de la actividad. El horizonte no es otro que incentivar el poder de actuar de los individuos y los colectivos sobre el trabajo. Este último es considerado sobre todo como una potencial fuente de realización del sujeto. La intervención va a consistir ya no en transmitir conocimiento a los actores, sino en hacerles vivir experiencias de análisis conjunto de la actividad, habilitando la confrontación de las reflexiones a partir de tareas concretas. Tal labor colectiva procura articular cada vez más el desarrollo de la actividad con el desarrollo organizacional, pero también el diálogo profesional con el diálogo social sobre la calidad del trabajo, con miras a construir la salud. El colectivo profesional se convierte en un recurso para trasladar la organización del trabajo a espacios dialógicos y de intercambios contradictorios, o cooperación conflictiva (Bonnetfond & Clot, 2018), y así intentar transformar la actividad, la organización laboral y la institución (Kostulski et al., 2011). La intervención apunta, pues, a la

realización de los sujetos en el trabajo para transformar la experiencia vivida de un objeto en materia de una nueva experiencia vivida desde una perspectiva vygotskiana (Vygotski, 2003; Clot, 2024), ergo lo opuesto de los trabajadores “pasivos” de Laville.

- 5 El presente artículo aborda entonces los siguientes interrogantes: la intervención ligada a la clínica del trabajo ¿se propone como meta el cambio de las representaciones de los actores con poder de decisión que eventualmente incidirán luego en la organización? ¿O acaso su meta es transformar la organización con todos los actores (operadores o decisivos) que están en contacto con lo real, para actuar en segunda instancia sobre la actividad individual y colectiva? Dicho en otros términos, ¿la intervención ha de afectar a los actores con poder de decisión para poder influir en la organización? ¿O bien debe afectar la organización para actuar sobre las personas y sobre cada una de ellas, construyendo instituciones nuevas que “soporten” la acción, incluso más allá de los oficios dedicados a la problemática de la salud laboral?¹ ¿Qué contribución puede hacer la psicología del trabajo, y en particular la clínica de la actividad, para responder a este problema? ¿Y cómo estas preguntas permiten explicitar mejor los objetivos y métodos de una clínica de la actividad? Después de repasar las principales ambiciones de una intervención, el artículo indagará en las dos maneras de contemplar la acción en salud laboral y en las características metodológicas que las apuntalan. Por último, mediante el examen de las alianzas estratégicas que el consultor construye para transformar la organización del trabajo, aspiramos a participar en una renovación de las cuestiones que tradicionalmente se plantean en el ámbito de la clínica de la actividad. Valiéndose de las teorías de la organización que trataremos más adelante, la clínica de la actividad puede ahondar de forma más explícita en los límites de determinadas cooperaciones que se escogen clásicamente en la psicología del trabajo para intervenir con mayor eficacia.

2. Cambiar a los actores para intervenir en la organización

2.1. Prevenir los riesgos: dos paradigmas en cuestión

- 6 La perspectiva relativa a la prevención de riesgos no puede entenderse de una manera unívoca. Efectivamente, dos paradigmas dirigen la acción: el paradigma positivista y el paradigma constructivista. Si en ambos casos el objetivo es identificar los factores de riesgo para instaurar acciones correctivas (como el marco legal impone a los empleadores), vale decir conocer para actuar, las posturas epistemológicas divergen. En el modelo positivista, el consultor es experto, mientras que los actores de campo son, para algunos, “receptores de conocimiento” (aquellos que están en condiciones de realizar cambios) y, para otros, “proveedores de datos” (los profesionales sobre los que versa la investigación). Pero el paradigma positivista no se reduce al axioma “conocer para actuar”, sino que se funda más ampliamente en una nítida separación entre el investigador y el objeto estudiado (Louche, 2025). Desde ese punto de vista, la tesis de la prevención de riesgos no siempre recae bajo la órbita del positivismo. Por caso, las acciones en prevención de riesgos psicosociales (RPS) pueden desprenderse de un enfoque experto, es decir, basado en la aplicación directa de conocimientos fundamentales (Camus & Althaus, in press), sin siquiera recurrir a una recopilación de datos suministrados por los asalariados; o bien pueden acercarse a una aproximación

constructivista y participativa, en la medida en que aunque apuestan a los efectos transformadores del conocimiento, dan prioridad a un conocimiento situado, a saber, elaborado conjuntamente con los actores de campo. Si bien la progresión hacia la transformación permanece inalterada (del conocimiento a la acción), se afirman principios fuertes para propiciar tal pasaje. Las cuestiones de la participación, la “construcción en común”, el “diagnóstico compartido” se vuelven centrales, al ser propicias para la “puesta en movimiento del sistema organizacional” (Jeoffrion et al., 2014, p. 388). Involucrar a los actores favorece la apropiación de los resultados del diagnóstico y las habilidades de estos (Hansez et al., 2009). El *proceso* cobra aquí preponderancia sobre el *contenido*, ya que efectivamente lo que se pone en juego en la distinción entre los citados enfoques es también la superioridad de la que gozan los contenidos frente a los procesos como vectores de transformación (Rouat, 2021). Así, el enfoque experto, aunque dominante, no define de manera exclusiva a la totalidad de las intervenciones en salud laboral.

- 7 Desde esta perspectiva, el consultor se propone entonces afectar a los actores con miras a que incidan en la organización. Para desplegar la intervención, se accionan dos palancas. La primera es de índole cognitiva (transmitir conocimientos de modo que los actores tomen conciencia de los problemas del trabajo para poder transformarlo); la segunda es social (alimentar un proceso colectivo para modificar las representaciones de los actores y potenciar su cooperación, mediante la confrontación de los diversos puntos de vista sobre el trabajo).

2.2. Tomar conciencia de los problemas del trabajo para poder transformarlo

- 8 La primera palanca, la más clásica, recomendada por el modelo epidemiológico, se inscribe dentro de una lógica que podría resumirse del siguiente modo: para cambiar, hay que conocer. Y dicha lógica es una propuesta que cae por su propio peso, de cara a esgrimir un análisis crítico de la organización del trabajo como recurso para transformarlo. Frente a los procesos de individualización de las dificultades expresadas por los trabajadores y las trabajadoras (Lhuillier, 2010) – y de psicologización de las respuestas que movilizan las organizaciones a través de las cuales se prejuzga que resulta más “razonable” actuar sobre los individuos que sobre el trabajo (Clot, 2010; Rouat & Sarnin, 2018) –, el papel del conocimiento para modificar las representaciones de los actores aparece como primordial. Por ende, la intención es buscar intervenir para demostrar que el trabajo es un factor de degradación sanitaria, tanto como un recurso para prevenir el riesgo de menoscabo de la salud.
- 9 Desde esta tesis que confía en los efectos transformadores del conocimiento (derivado de los datos recogidos durante la investigación junto a los profesionales de campo), los dispositivos de prevención apuntan a inventariar los RPS. En el marco de lo que comúnmente denominamos prevención primaria, el diagnóstico de las situaciones laborales que precede la definición de recomendaciones precisamente ejerce la función de influenciar las representaciones de los actores: fomentar un cambio de paradigma para visibilizar una conflictividad sobre el trabajo, y dar mayor entidad al trabajo y sus presiones como factor determinante de las dolencias expresadas. El diagnóstico es visto como el instrumento que se sitúa en el núcleo del mentado cambio.

2.3. La intervención como práctica social transformadora

- 10 La segunda palanca procura promover la actividad colectiva de los actores de la prevención. El proceso de intervención, al nutrir una confrontación sobre el trabajo entre los actores, apunta a perpetuar la interacción y hacer madurar la organización (Rouat & Sarnin, 2013). La intervención es indisoluble de una clínica de la experiencia colectiva, y desde este ángulo, busca instituir las condiciones y los medios para una creación conjunta que permita conciliar diferentes puntos de vista entre salud, trabajo y desempeño. Además, puede tener una utilidad social, puesto que los modos de interacción probados en el decurso de la acción, así como las alternativas que se van construyendo, pueden actualizarse en los cambios que puedan surgir. Así las cosas, el consultor está atento a que las situaciones de trabajo cambien, al tiempo que procura transformar las representaciones del trabajo en renovados lazos de cooperación. En ese sentido, se puede hablar de un desarrollo de la acción de los actores de la salud laboral, o agentes de prevención (Folcher et al., 2022; Rouat, 2021). La intervención pretende así convocar el conocimiento experiencial en el seno del grupo de actores para detectar conflictos sobre el trabajo que serán el resorte de una construcción de conocimientos colectivos y acciones colegiadas, aptos para una cooperación mucho más allá del espacio-tiempo de la intervención.
- 11 En este modelo, la intervención es un medio para liberar a los actores (de salud laboral) de las lógicas de individualización y para programar una acción duradera. En calidad de tal, podemos considerarla como un proceso de maduración de la empresa. La calidad del proceso de intervención radica efectivamente en su capacidad para transformar las situaciones de trabajo (es decir, permitir una mejor adecuación entre el trabajo prescrito y el trabajo real), las representaciones que los actores tienen de los problemas ligados a la salud laboral y de las prácticas y respuestas que han de desplegarse para prevenirlos, y la calidad de los vínculos de cooperación entre los agentes de prevención (Rouat & Sarnin, 2018). Por tanto, la intervención alimenta una dinámica psicosocial, ubicando en el meollo de la acción la confrontación entre actores, de forma tal que se incentive la maduración de la empresa y la preocupación acerca de la salud laboral se inscriba en el tiempo. Por ejemplo, la confrontación durante las reuniones de balance posibilita un cuestionamiento sobre la organización del trabajo, liberando a nuestros interlocutores de los procesos de individualización y permitiendo plantear e instaurar cambios a escala institucional.
- 12 Este modelo se inspira en parte en la ergonomía, que contribuyó claramente a definir la intervención como una práctica social que compromete y transforma la acción de los agentes de prevención (Coutarel et al., 2015). El enfoque participativo, la producción de conocimientos y el diseño de acciones de cambio son condiciones claves para asegurar dicha transformación de la organización del trabajo. A fin de definir nuevas posibilidades, es menester actuar indirectamente y así incidir en la actividad de los actores, modificando sus representaciones de las situaciones laborales (Dugué et al., 2010). En este sentido, la problemática de la sostenibilidad de la intervención está íntimamente ligada a su perímetro; no puede renunciar a enriquecer el diálogo social, alimentado por las diferentes racionalidades y puntos de vista sobre el trabajo. En ese marco, la actividad del consultor no es la implementación regulada del conocimiento existente, sino que realiza una labor de articulación y coordinación de mundos profesionales y sociales distintos, a efectos de crear una obra común (Béguin, 2007).

- 13 Por consiguiente, vemos cómo este tipo de intervención procura dirigirse hacia una acción de largo plazo, ya que el reto de la misma no se basa únicamente en el descubrimiento de una o varias soluciones al problema, sino en la construcción colectiva de este último. Se trata de una concepción más dinámica de la intervención, que no se reduce por tanto a la implementación de una pericia técnica, sino que se presenta asimismo como una práctica social. El objeto consiste entonces en fortalecer las capacidades colectivas de los actores para que el trabajo se convierta o vuelva a convertirse en un objeto de pensamiento que dé peso a la acción que ellos van a entablar. El proceso de intervención permite descubrir márgenes de maniobra novedosos, demasiado subordinados a veces a los conflictos sociales tradicionales y al juego de los actores.

3. Afectar la organización a través de las personas: otra vía para actuar en salud laboral

- 14 Nótese que en materia de clínica de la actividad la cuestión de cómo afectar la organización se ha tornado central con el correr de los años, en relación con las objeciones que surgieron al respecto (Sarnin et al., 2012). Que se ponga el foco en aquello que la intervención pone a trabajar en los agentes de prevención no debe hacernos olvidar que la finalidad de la misma es transformar la organización. Creer que algo puede cambiar gracias a los agentes de prevención y concebir la intervención esencialmente ante ellos, o con ellos, puede limitar el horizonte de la acción a un compromiso individual, en lugar de aspirar a una acción sobre la organización propiamente dicha. La pregunta que podemos legítimamente plantearnos es qué ocurre cuando tales actores cambian o dejan la organización, o cuando se ven confrontados a limitaciones que contrarían el despliegue de las acciones transformadoras.

3.1. Desarrollo de la experiencia colectiva transformadora

- 15 El dispositivo en clínica de la actividad ahora se dirige en mayor medida hacia la instauración sostenible de una cooperación conflictiva dentro de la organización (Clot et al., 2021). Esto sucede en dos niveles. Primero, entre pares: el colectivo de trabajo se forma en tanto que el diálogo asume la controversia entre colegas en torno a la definición del *trabajo bien hecho*. Segundo, entre ese colectivo y la jerarquía, siendo que la definición del trabajo bien hecho será necesariamente distinta. En cada oportunidad, el diálogo es entendido como un esfuerzo colectivo para hallar juntos una solución que nadie había imaginado hasta ese momento. Esto pasa por debates, que a su vez son pensados como un modo de “agotar” las cuestiones, identificando los “ángulos muertos” de la actividad de todos los protagonistas. En el desenvolvimiento de tales disputas sobre lo real de la actividad, lo más importante es el objeto de trabajo discutido, cuyos componentes de análisis habrán sido cuidadosamente sustanciados por el consultor a partir de la labor dialógica realizada con los integrantes del colectivo de profesionales de campo (Bonnemain et al., 2015)². La controversia entre pares va a alimentar la cooperación conflictiva entre actores, con el propósito de modificar el reparto de roles en la definición del desempeño y las modalidades de trabajo. Por ende, el quid de la intervención, tal como lo experimentan hoy los clínicos de la actividad, estriba en hacer de esa disputa no solo el instrumento de desarrollo de un colectivo de

trabajo, sino también de una experiencia común transformadora, apta para modificar la organización y las zonas más sensibles donde se juegan las relaciones de poder alrededor de la definición del desempeño.

- 16 El desarrollo del conflicto para actuar en temas de salud laboral no es por tanto una finalidad sino meramente un medio. No obstante, cabe ser más precisos aún: el tipo de conflicto al que aquí nos referimos no es el conflicto entre las personas ni, desde luego, el conflicto social tradicional inherente a la relación salarial. Hablamos de aquello que ha dado en llamarse, siguiendo a Leplat (2014), el conflicto de criterios sobre la calidad del trabajo. La clínica de la actividad se propone entrar en la acción observando tal disputa de racionalidades no como obstáculo sino como instrumento. Por supuesto que la llegada del consultor despierta, e incluso exacerba, los diferendos habituales propios de la relación salarial. Pero el consultor puede proponer otro destino a tales discrepancias, desarrollando el objeto de las mismas, orquestando una bifurcación hacia el trabajo ordinario, enriqueciéndolas mediante un análisis de los conflictos de criterios que “terminaron mal”, degenerando en trabajo “ni hecho ni por hacer”. La experiencia prueba que la calidad del trabajo es un objetivo que reúne y bien justifica las diversas controversias por venir que el análisis del trabajo hará necesarias; y entonces los consultores pueden apoyar el esfuerzo que esto implicará. Se trata de colocar a los actores en posición de búsqueda de otros posibles, en el repetido ejercicio de dialogar en torno al trabajo. Consultores y actores han de construir en cada oportunidad tal posicionamiento clínico. Y ese marco de acción es clínico en este caso por una razón específica: el conflicto de criterios “trabajado” es el centro de gravedad de una cooperación conflictiva en la cual circula la sensibilidad, entre disposiciones afectivas, emociones y sentimientos (Poussin & Miossec, 2015).
- 17 Este aspecto puede desestabilizar al consultor familiarizado con los marcos metodológicos más clásicos, como el diagnóstico-plan de acción (véase la primera perspectiva). La instrucción del citado conflicto de criterios para definir en común *el trabajo bien hecho* ha de realizarse dentro del colectivo de trabajo primero, con miras a prepararse para el diálogo necesario con la jerarquía después (Clot et al., 2021). Pero esa actividad dialógica no puede darse por sentado. El colectivo de trabajo no se involucra en ella de manera espontánea, y el consultor no puede tramitar la controversia en reemplazo de los profesionales. Prestarse a hacerlo es asumir un riesgo para los actores, pero también un sustento para el cambio. Por eso deben prepararse, agotando los distintos temas en el análisis del trabajo real entre colegas y con el consultor, valiéndose de métodos ya probados (Clot, 2019), como la instrucción a un doble o la autoconfrontación, que permiten analizar conjuntamente la actividad y descubrir problemas por examinar entre pares, pero también con las direcciones de operaciones que conciben y organizan el trabajo. Esto constituye una suerte de entrenamiento para el conflicto de criterios. Si se acercan a esa cooperación conflictiva entre ellos en provecho de una iniciativa reconquistada de cara a su propia actividad (Scheller, 2022), ganarán un mayor viso de autoridad ante la dirección de la cual dependen. Porque esta última solo se verá afectada frente a profesionales que impongan respeto en la medida en que recreen su oficio, al menos en parte. Por eso la discusión sobre la actividad entre colegas responde a dos intenciones del consultor: desarrollar la actividad individual y colectiva, preparar a los profesionales para el diálogo con sus superiores y así habilitar nuevos arbitrajes.

- 18 Ergo, la intervención puede plantearse a partir de las disposiciones afectivas (Clot, 2016) que la actividad dialógica provoca recíprocamente en los actores involucrados, llamados a tomarse ciertas libertades respecto de las costumbres de la organización. Por caso, en una intervención dentro de un organismo de formación, Miossec y Simonet (2019) ponen en evidencia cómo la conversación entre pares (ingenieros de formación) y entre estos, gerentes y planificadores, permite examinar un problema concreto al que se enfrentan en la actividad: la no adecuación de una regla (que obliga a los formadores sustitutos, contratados por los ingenieros, a no superar un techo anual de 720 horas) a los recursos de los que disponen (un semillero de formadores sustitutos insuficiente), hecho que incita a transgredir, a ocultar tal transgresión en el fragor diario de la actividad y a atizar un sentimiento de culpa. En dichos diálogos, se puede sentir el carácter vitalizador y creativo del trabajo colectivo sobre y a partir del análisis de la actividad ordinaria, llevando a los planificadores y gerentes a experimentar una posibilidad que no imaginaban: afectar la tarea mediante su iniciativa.
- 19 Una vez que se sustancia el conflicto de criterios, ¿cómo es que este dinamiza la acción? Únicamente si afecta a los actores (en particular a la dirección y la supervisión) y a los profesionales en sus relaciones intersubjetivas con la recuperación de la eficacia laboral. Cuando esto no ocurre, cuando queda un conflicto en sí mismo, negado, cuando este no consigue canalizarse para convertirse en un problema de trabajo que ha de superarse con otros, se genera desgaste y hasta cinismo, a punto tal de “enardecer” las defensas individuales y colectivas. El conflicto de criterios articulado en torno a la calidad del trabajo es sin duda el único propenso a ofrecer un destino favorable a los conflictos tradicionales envenenados, entre ellos, los conflictos de personas, o las disputas sociales inherentes a la relación salarial (Clot, 2016; Clot et al., 2021). El intrínquilis radica en saber propiciar la discusión pese a todo, aun tratándose de contextos poco proclives al diálogo sobre el trabajo real. Conocemos los métodos de la clínica para descubrir los “ángulos muertos” de la actividad por comparación (Bonnemain, 2019). Pero Perrot (2017) se cuestiona asimismo sobre la manera en que los distintos actores pueden convertirse mutuamente en recursos al servicio del desarrollo de la actividad individual y de la organización, emancipados, tanto como sea posible, de un funcionamiento acusatorio recíproco. Esto plantea el trabajo de la intervención como una actividad transferencial: no es un mero modo de desarrollar simbólicamente en cada profesional los registros personales, interpersonales y transpersonales del oficio (Clot & Gollac, 2014); sino que también es su migración a otra esfera — impersonal —, léase las direcciones de operaciones y estratégicas. Por lo demás, puede constituir un incentivo de acción y decisión para que la dimensión impersonal del oficio también sea objeto de transformación.
- 20 El diálogo profesional tiene, pues, una doble función: ampliar la gama de los posibles para trabajar con mayor eficacia y desarrollar la actividad de cada uno a partir de recursos colectivos (nivel de la realización del trabajo); apoyar un punto de vista reelaborado, frente a lógicas organizacionales que habían socavado la autoridad del trabajador sobre su trabajo (nivel de la organización del trabajo). El diseño de la intervención se sitúa claramente allí: en ese nexo que es necesario volver a inventar entre los niveles de realización y organización del trabajo. Máxime porque sostener el propio punto de vista compromete emocionalmente, desde luego. Puede resultar temerario hoy en las organizaciones expresar un desacuerdo en cuanto al modo de considerar lo real. Se corre el riesgo de ser estigmatizado, apartado por un colectivo

laboral que se ejercitó de forma defensiva en banalizar la injusticia del no reconocimiento de lo real en la escena del trabajo y el empleo. Una clínica de la actividad se dedica precisamente a equipar esa toma de riesgo por parte de los profesionales.

- 21 Por tal motivo, desde este encuadre clínico, salud y eficacia van de la mano. Intervenir en salud laboral requiere entonces repensar los criterios de eficacia del trabajo. Si no conseguimos hacer del conflicto de criterios el objeto de la citada cooperación conflictiva entre planificadores y profesionales de campo, pocas probabilidades tendremos de instaurar cambios duraderos dentro de la organización (Clot et al., 2021). En este orden de ideas, conflicto y cooperación pueden asociarse. Mejor aún, el conflicto puede llegar a ser un método de cooperación. Entonces será posible salir de una aporía bien francesa, la cooperación sin conflicto, o el conflicto sin cooperación, lo que resulta en una sucesión de consensos ficticios por un lado y de *impasses* por otro. La cooperación conflictiva es exactamente lo contrario a la conciliación. Se trata del instrumento para transformar el trabajo y la organización. Por consiguiente, lo que se busca claramente en clínica de la actividad es instituir ese conflicto de criterios como herramienta para ahondar mejor en cada una de las cuestiones. Y esto se logra gracias a los distintos puntos de vista respecto de la eficacia del trabajo. La intervención que aquí describimos se dirige entonces al encuentro de un desempeño laboral renovado. Con todo, no podemos sino constatar hasta qué punto los actores de la salud laboral dentro de la empresa permanecen alejados de la perspectiva que hace de la eficacia una potencial fuente de salud; siendo que la actividad de los departamentos de RR.HH. e incluso las políticas públicas de calidad de vida en el trabajo (QVT, por sus siglas en francés), a menudo se presentan como acciones de reparación, corrección o indemnización frente a los estragos que provoca en la salud un desempeño laboral no cuestionado y por naturaleza intocable (Clot, 2010). Una suerte de ingeniería paliativa resulta ser entonces más un obstáculo que un recurso.

3.2. Barajar y dar de nuevo: ¿qué alianzas deberá construir el consultor?

- 22 Esta otra vía sugiere interrogarse acerca de los actores de la transformación. ¿Cuáles son las mejores alianzas para construir a lo largo de la intervención? Partimos de la base de que los psicólogos del trabajo están literalmente imantados a la faz prevención y políticas de prevención, localizadas dentro de los departamentos de RR.HH. Ese vínculo directo – que hace del área de RR.HH. el patrocinador y a su vez el destinatario de la intervención – puede constituir una trampa organizacional en la cual desaparece la acción transformadora propicia para la salud.
- 23 Sobre todo, porque el enfoque centrado en el riesgo, que considera al saber un presupuesto para la acción (diagnóstico-plan de acción), favorecido por una epidemiología de la exposición (Laville, 1998) y una judicialización masiva del riesgo, incita a una especialización por el lado de los actores de RR.HH. El efecto de la división social y técnica que recalifica la salud laboral como problemática de RR.HH. es potente dentro de las organizaciones (Miossec & Rouat, 2020). La distribución de las tareas puede orientar las prácticas hacia una gestión individualizada de las personas y participa en la no focalización en el trabajo y su estructuración, cuyas posibilidades de transformación entonces permanecen poco exploradas. Desde la perspectiva de la

clínica de la actividad, se pretende plantear el dilema, en otros términos, por mediación de dispositivos que, en lugar de concentrarse en el inventario de los riesgos, cifran la acción en el desarrollo de los recursos psicosociales. Así pues, se prioriza la experiencia propia de los actores y se moviliza a otros protagonistas, distintos de los agentes de la salud en sentido estricto. Al tomar por objeto no los RPS sino los recursos psicosociales necesarios para la calidad del trabajo, se apunta a sostener la relación activa de los profesionales con su entorno y el incremento de su poder de actuar (Miossec & Rouat, 2020).

- 24 Esta vía, empero, resulta difícil de seguir, dado que de cierta manera existe una “rama salud laboral”, que vincula orgánicamente a quienes están a cargo de esas cuestiones dentro de las empresas con quienes están a cargo de intervenir desde el exterior, como sucede con los psicólogos del trabajo. Ergo, uno de los inconvenientes mayores que emergen en la práctica de la intervención es la oposición entre las fuerzas centrípetas de la citada rama y las fuerzas centrífugas de la deliberación sobre el desempeño posible o imposible en el trabajo. La complejidad radica en que muchas políticas de gestión de la salud supervisadas por RR.HH. ponen a salvo a los actores determinantes en materia de decisión sobre el desempeño y la organización (Ughetto, 2021). Ahora bien, precisamente la concepción misma del desempeño es lo que afecta la salud, máxime cuando esta es incuestionable (Clot, 2010). Por tanto, estamos ante la paradoja de recurrir entre nuestros interlocutores también a quienes tienen poder de decisión en temas de concepción y ejecución del desempeño, los cuales, por lo menos inicialmente, no han pedido nada. Sin embargo, justamente en ese mismo punto es donde se juega la cuestión de la salud laboral. Un diagnóstico que una sociología de las organizaciones permite confirmar con sus propios medios (Ughetto, 2021) y desemboca en la problemática de las alianzas que han de ampliarse en aras de la acción en salud laboral.
- 25 Esas alianzas están tanto más justificadas cuanto que el desarrollo de la eficacia del trabajo, del rendimiento real más allá del rendimiento formal o exhibido, es un resultado esperado de este tipo de intervenciones de la clínica de la actividad. Porque los conflictos de criterios analizados pueden dar lugar a novedosos arbitrajes que a nadie se le habían ocurrido hasta entonces, garantía de creatividad profesional, de desarrollo de la *expertise* y más generalmente de profesionalismo. La cooperación conflictiva no inventa los conflictos de criterios. Estos no son creados, sino que preexisten a la intervención. Las más de las veces ya están presentes en la actividad de cada uno con los demás, en pugna con lo real en cada acto, y son potencial fuente de inventiva para el desarrollo. Los conflictos de criterios en el seno de la actividad están en el mundo antes de estar en la cabeza de los asalariados o los directivos y actúan dentro de la organización mucho antes de la intervención. Con ella, pueden “envenenarse”, o por el contrario enriquecerse. Si se articulan e instituyen, son incluso una ocasión para el despliegue creativo de la actividad, la organización laboral, la producción de nuevos recursos organizacionales.
- 26 Entre estos últimos, cabe citar el retroceso de la división del trabajo entre RR.HH. y operaciones, en el seno mismo de las respectivas direcciones. Los procedimientos y circuitos de decisión pueden verse afectados por esto hasta en la modificación — al menos parcial — de los organigramas y funciones. Hemos podido demostrarlo a propósito de los referentes de cada actividad electos por sus colegas y los garantes de dispositivos designados por las direcciones (Bonnetfond, 2019). Aquí tomaremos la

palabra “afectado” al pie de la letra. Para nosotros, se trata de insistir en un hecho: trabajar las disposiciones afectivas que tanto involucran a la persona de nuestros interlocutores en curso de intervención no apunta exclusivamente a hacerles tomarse libertades respecto de los hábitos. Tal trabajo ha sido objeto de múltiples análisis (Bonnefond & Clot, 2016; Bonnemain, 2019). Lo que perseguimos como finalidad es dotar a esos sujetos – miembros del colectivo de trabajo o directivos – de instrumentos organizacionales que los exceden y los atraviesan. Instrumentos que sean lo más independiente posible de las personas. A través de cada sujeto, la acción puede afectar la organización mediante la creación de instituciones nuevas, vivas más allá de las personas, vivas en cada una de ellas también. A partir del ejemplo de Renault, hemos insistido en la elección de referentes por actividad, que sesionen en comisiones tripartitas donde asimismo sesionan los sindicatos y la dirección (Bonnefond, 2019). De manera más general, el caso se reitera en los ejemplos de la Municipalidad de Lille o en la residencia geriátrica Ehpad de Grugny (Clot et al., 2021).

- 27 Desde luego, podemos ser afectados por o afectar a alguien. Pero también podemos ser afectados por algo o afectar algo por medio de una iniciativa. Incluso es la condición misma para propiciar un efecto duradero de la intervención. Cuanto más independiente de la buena voluntad sea la orquestación de la iniciativa, más interpelado, equipado y sostenido podrá sentirse cada uno, por efecto de reacción. La autonomía de los actores se mide por su capacidad colectiva para generar heteronomía. Las transformaciones sostenibles de lo real necesitan nuevas prescripciones como sostén para conservarse, como traba contra los retrocesos y como ocasión venidera de nuevas implicaciones subjetivas posibles.
- 28 Esto explica por qué la clínica de la actividad experimenta métodos que instalan nuevos derechos para los profesionales, en particular el derecho efectivo a emitir una objeción dentro de la organización en nombre del trabajo real. Bonnefond (2019) abundó particularmente en este punto: el tema pasa por el diseño de artefactos institucionales, mencionados más arriba, que alteran los circuitos de decisión, asociando – no sin conflicto – a los especialistas de la salud con los especialistas del desempeño. La intervención no apunta entonces únicamente a transformar la organización del trabajo, sino también la división del trabajo en el interior de las direcciones de RR.HH. y operaciones. Volver a definir las alianzas dinamizantes para la organización, en lugar de padecer alianzas ficticias, habilita a los actores a despojarse de las posiciones conocidas y convencionales dictadas por la división del trabajo (Miossec & Simonet, 2019) y a movilizar la experiencia concreta de los profesionales de campo en el proceso de elaboración de otras alternativas frente a la resistencia de lo real (Clot et al., 2021).
- 29 La meta de una intervención no puede traducirse, por consiguiente, en el mero desglose de recomendaciones y la evaluación de las mismas. Lo que indica el fin posible de la intervención es la transposición por parte de la organización de los marcos experimentados durante la intervención a marcos instituidos de deliberación respecto del desempeño.
- 30 El destino de una intervención depende, pues, del paradigma subyacente de salud y desempeño al que adhiera el consultor. Frente a los modelos de cambio o prevención de riesgos, preferiremos el modelo de la construcción, que considera la salud como trayectoria desarrolladora de sus potencialidades en la redefinición del desempeño (Guérin et al., 2021). El consultor implementará dispositivos en los cuales los

trabajadores volverán a tomar control de su propia historia, asociándose a los procesos de concepción del *trabajo bien hecho* dentro de la organización.

- 31 Tradicionalmente, las teorías y la sociología de las organizaciones procuran fijar el marco de las relaciones entre actores y calificar a estos últimos, cuestionándose acerca del modo en que una intervención debe contemporizar con ellos para desplazarlos. Los recientes trabajos en clínica de la actividad se abocan, por su parte, a las transformaciones organizacionales de los circuitos y poderes de decisión. Podría decirse que se dotan entonces de una suerte de “sociología práctica” de las organizaciones *ad hoc*, al servicio del poder de actuar de los individuos y los colectivos. Las distintas partes interesadas están claramente identificadas y sistemáticamente movilizadas; las dificultades para instaurar una actividad dialógica sobre el trabajo son analizadas en referencia con los conflictos organizacionales que pueden obstaculizarla, confiriendo a tales conflictos un desarrollo por el lado del *trabajo bien hecho*. El diálogo profesional se convierte allí en un recurso para el diálogo social, tanto como el desarrollo profesional lo es para el desarrollo organizacional; las condiciones enunciadas por las mismas partes interesadas al cabo de la intervención son las garantías buscadas para perpetuar funcionamientos institucionales, impidiendo una vuelta de la palabra inútil en la antigua división del trabajo.
- 32 Sin embargo, el acercamiento entre clínica de la actividad y sociología clásica de las organizaciones (Crozier & Friedberg, 1977) no está realmente a la orden del día, por lo mucho que esas teorías clásicas resultaron impotentes en su impacto sobre el trabajo real. La definición de la intervención como instancia transformadora de la estructuración del trabajo al servicio del *trabajo bien hecho* rompe con el enfoque dominante que piensa a la organización como un modo racionalmente organizado y organizable, sujeto al poder discrecional del empleador. Por el contrario, aquí la organización del conflicto regulado en torno a los criterios del *trabajo bien hecho* se erige en una fuente de desarrollo organizacional.
- 33 En materia de teorías de la organización, una clínica de la actividad podría preguntarse más de cara a las propuestas para el desarrollo productivo de Maggi (2003). Para él, se trata menos de *organizar* la actividad que de permitir a la actividad individual y colectiva *organizarse* en torno al trabajo. Su enfoque del “actuar organizacional” es concebido como un proceso permanente, siempre inconcluso, en el cual los protagonistas estructuran sus actividades actuando sobre el trabajo real. Es cierto que si miramos el conflicto como ocasión para dar lugar a arbitrajes reversibles, durante los cuales la inteligencia colectiva avanza, la labor de organización se convierte en un recurso para el desarrollo del poder de actuar de los profesionales. Incluso puede encarnarse en organigramas o procedimientos que entonces serán funciones de la actividad. Tal es el caso, por ejemplo, del procedimiento de elección de los referentes por actividad, sin que este sea el único supuesto posible (Bonnemain & Clot, 2022; Simonet et al., 2024). La intervención en clínica de la actividad podría ser vista como un andamiaje de ese estilo de actuar organizacional. Mas tal horizonte es discutible y merece ser discutido, como hacemos aquí.

4. Conclusión

- 34 El problema que debe “encarar” la investigación en el ámbito de la salud laboral es la transformación sostenible de las organizaciones. Tal problema no es nuevo, ni para la

psicología del trabajo ni para la ergonomía. Por eso mismo, la experimentación de alternativas frente al enfoque positivista dominante emerge como un recurso para responder a esa necesidad.

- 35 Las reflexiones elaboradas en el presente artículo nos han llevado a volver al sentido mismo del concepto de intervención. Podemos adoptar varias definiciones. En términos generales, en psicología del trabajo y las organizaciones, recurrir al vocablo intervención nos convoca a una secuencia de cambio(s) dentro de la organización, bajo el registro de lo explícito o la prescripción (Contandriopoulos et al., 2000). Para Hansez et al. (2009), la intervención es el pasaje al cambio por iniciativa de la organización oficial; primero el conocimiento mediante el diagnóstico, luego la intervención. En clínica del trabajo, la intervención atañe todo el proceso, sobreentendiendo que la transformación comienza desde el principio con una atención clínica particular focalizada en el cambio de las representaciones y las prácticas, así como en las interacciones entre los actores (Rouat & Sarnin, 2018). La producción de conocimiento, por y con ellos, es parte integrante de la intervención, que aquí ya no está compuesta por secuencias sucesivas e impermeables de conocimientos y acciones, las primeras vistas como previas a las segundas, con miras a que los protagonistas saquen sus propias consecuencias. En su vertiente clínica, la intervención es entonces el proceso que busca entablar de manera duradera una actividad conjunta entre actores, al servicio de la transformación de los entornos profesionales, es decir de las actividades concretas de trabajo, las prácticas sociales y las interacciones (Rouat, 2021). En clínica de la actividad más precisamente, a partir de un trabajo sobre el trabajo (Miossec & Simonet, 2019) entre planificadores y profesionales de campo, el consultor procura transformar las actividades y los lugares que cada categoría de actores podrá redefinir en materia de organización del trabajo y definición del desempeño (Clot et al., 2021), ya que de tal redefinición dependerá la salud laboral. Pero este campo sigue estando dominado por enfoques bien instalados que hemos intentado calificar.
- 36 Es relevante, por tanto, hacer un examen preciso y crítico de las aproximaciones a la salud laboral. Existe una diversidad de ellas y, en mayor o menor medida, estas son conciliables. Así, tal diversidad nos conduce a considerar las prácticas de intervención en la materia a modo de *continuum*, pero sin ocultar las oposiciones paradigmáticas y epistemológicas que aquí planteamos.
- 37 En este artículo, hemos expuesto dos maneras de contemplar los incentivos de transformación, que invitan a discutir sobre los blancos de nuestras intervenciones. ¿La mira son exclusivamente las personas, por más que sea crucial modificar su modo de involucrarse en la acción propia de la salud laboral? El riesgo sería fundar el cambio organizacional únicamente en esas personas “de buena voluntad”. ¿O acaso se trata de procurar formalizar artefactos institucionales que superen a las propias personas, para perpetuar recursos que permitan articular el diálogo profesional y el diálogo social? Esta reflexión despierta muchos interrogantes – en particular uno que demasiadas veces queda en las sombras. Nos referimos a las alianzas que tejemos con los actores de campo y quienes encargan nuestras intervenciones. Si bien esa elaboración expone dos maneras de vislumbrar la acción (sea como proceso de maduración de los actores in situ, en beneficio de un cambio a menudo precario; sea como un proceso de institución de nuevas funciones que convoquen a nuevos actores), la misma arraiga nuestro esfuerzo de transformación en una clínica de la experiencia colectiva (Rouat, 2021). Ambos postulados tienen en común una atención clínica³ centrada en la experiencia de

los actores de campo, los aprendizajes cruzados propicios para el despliegue de nuevas maneras de trabajar y decidir, así como la especificidad del posicionamiento del consultor, que diagrama experiencias de modo que los actores pueden ser el motor de salidas originales para lidiar con los problemas singulares que enfrentan.

- 38 La segunda vía invita a crear instituciones nuevas que el consultor puede tener en mente apoyar. La conflictividad alrededor de los criterios de la calidad del trabajo es un instrumento para intervenir en la organización del trabajo y su división, un medio para tomarse libertades respecto del derecho laboral actual para experimentar el derecho laboral de mañana (Clot et al., 2021). Pero paradójicamente este enfoque supone un desarrollo de la conceptualización que esté a la altura de los problemas planteados por este tipo de clínica. En nuestro título, preguntábamos si cabía actuar más bien sobre los actores o sobre la organización. Hemos de esgrimir una conclusión matizada: no se trata tanto de actuar sobre, sino con nuestros interlocutores, dentro de otras alianzas, para poder incidir en mayor medida en la organización y sus instituciones. Estas últimas podrán entonces convertirse en potenciales instrumentos para el desarrollo personal y profesional de nuestros interlocutores.

BIBLIOGRAFÍA

Béguin, P. (2007). Innovation et cadre sociocognitif des interactions concepteurs-opérateurs: Une approche développementale. *Le Travail Humain*, 70(4), 369-390.

Bonnefond, J.-Y. (2019). *Agir sur la qualité du travail. L'expérience de Renault Flins*. Erès.

Bonnefond, J.-Y., & Clot, Y. (2018). Clinique du travail et santé au travail: ouvertures, perspectives et limites. *PISTES*, 20(1), 1-25. <https://doi.org/10.4000/pistes.5538>

Bonnemain, A. (2019). Affect et comparaison dans le dialogue en autoconfrontation. *Activités*, 16(1), 1-21. <http://dx.doi.org/10.4000/activites.4007>

Bonnemain, A., & Clot, Y. (2022). Le développement dans l'intervention. Génèse du dialogue sur la qualité du travail. In J. Arnoud, F. Barcellini, M. Cerf, & M. Sol-Perrez Toralla (Eds.), *Dynamiques développementales dans les interventions sur le travail: entre héritages et perspectives* (pp. 63-77). Octarès.

Bonnemain, A., Perrot, E., & Kostulski, K. (2015). Le processus d'observation, son développement et ses effets dans la méthode des autoconfrontations croisées en clinique de l'activité. *Activités*, 12(1), 98-124.

Camus, O., & Althaus, V. (in press). Social influence and prevention of occupational risks. *Le Travail Humain*.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.

Clot, Y. (2016). Activité, affect: sources et ressources du rapport social. In M. A. Dujarier, C. Gaudart, A. Gillet, & P. Lenel (Eds.), *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail* (pp. 51-80). Octarès.

- Clot, Y. (2019). Prendre ses responsabilités? De la santé au droit. *Sociologie du Travail*, 61(2), 1-11.
- Clot, Y. (2024). *Découvrir Vygotski*. Éditions Sociales.
- Clot, Y., & Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable?* Armand Colin.
- Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte.
- Clot, Y., Bouffartigue, P., Durand, J.-P., Fortino, S., & Mias, A. (2016). Questions autour de la clinique de l'activité. *La Nouvelle Revue du Travail*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.4000/nrt.2900>
- Contandriopoulos, A. P., Champagne F., Denis J., & Avargues, M. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir: des concepts à l'intervention ergonomique. *Le Travail Humain*, 78(1), 9-29. <https://doi.org/10.3917/th.781.0009>
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Seuil.
- de Terssac, G., & Lompré N. (1996). Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs: essai d'interprétation. In J.-C. Spérandio (Éd.), *L'Ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain* (pp. 51-70), Octarès.
- Dugué, B., Petit, J., & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *PISTES*, 12(3), 1-27.
- Folcher, V., Bationo-Tillon, A., Poret, C., & Couillaud, S. (2022). Des genèses instrumentales aux genèses organisationnelles: voies et moyens d'un défi développemental. In J. Arnoud et al. (Eds.), *Dynamiques développementales dans les interventions sur le travail: entre héritages et perspectives* (pp. 101-120). Octarès.
- Guérin, F., Pueyo, V., Béguin, P., Garrigou, A., Hubault, F., Maline, J., & Morlet, T. (2021). *Concevoir le travail: le défi de l'ergonomie*. Octarès.
- Guidou, N. (2024). Expérimentation d'une évolution méthodologique du dispositif d'innovation transitionnelle et approfondissement du passage aux transformations: retour sur une recherche-action dans le secteur médicosocial. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 30(2), 117-136. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2024.04.001>
- Hansez, I., Bertrand, F., & Barbier, M. (2009). Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges: facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Le Travail Humain*, 72(2), 127-153.
- INRS (2012). *Santé et sécurité au travail: qui fait quoi?* <https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6141/ed6141.pdf>
- Jeoffrion, C., Hamard, J., Barre, S., & Boudoukha, A. (2014). Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées: l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative. *Le Travail Humain*, 77(4), 373-399.
- Kostulski, K., Clot, Y., Litim, M., & Plateau, S. (2011). L'horizon incertain de la transformation en clinique de l'activité: une intervention dans le champ de l'éducation surveillée. *Activités*, 8(1), 1-20. <https://doi.org/10.4000/activites.2456>
- Laville, A. (1998). Les silences de l'ergonomie vis-à-vis de la santé. In *Actes du colloque Recherche et Ergonomie* (pp. 151-158). Toulouse.

Leplat, J. (2014). Aperçu sur les critères à la lumière de l'histoire. In D. Lhuillier (Dir.), *Qualité du travail, qualité au travail* (pp. 17-25). Octarès.

Lhuillier, D. (2010). Les «risques psychosociaux»: entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10(2), 11-28. <https://doi.org/10.3917/nrp.010.0011>

Louche, C. (2025). The “engineer model” in work and organizational psychology. *Le Travail Humain*, 87(4), 261-276.

Maggi, B. (2003). *L'agir organisationnel*. Octarès.

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. (2015). *Plan Santé au travail 2016-2020*. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

Miossec, Y., & Rouat, S. (2020). La recherche d'efficacité dans les actions de santé au travail: le «travail sur le travail» comme alternative à la formation sur les risques psychosociaux. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 26(2), 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.10.004>

Miossec, Y., & Simonet, P. (2019). «Le travail sur le travail» pour agir en santé au travail. In J.-L. Bernaud, P. Desrumaux, & C. Jeoffrion (Eds.). *Dix études de cas en psychologie du travail* (pp. 133-157). Dunod.

Perrot, É. (2017). *L'activité transférentielle, une ressource au service du développement du métier: le cas des agents d'escalier et de service commercial en gare*. [Thèse de Doctorat, Conservatoire National des Arts et Métiers]. <https://www.theses.fr/2017CNAM1087/document>

Poussin, N., & Miossec, Y. (2015). Développement du sentiment et du pouvoir d'agir: un exemple chez des médecins du travail. *Le Travail Humain*, 78 (1), 81-96.

Rouat, S. (2021). *L'intervention en santé au travail: pour une clinique de l'intervention et de l'expérience collective* [Habilitation à diriger des recherches]. CNAM.

Rouat, S., & Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation: le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités*, 10(1), 58-72. <https://doi.org/10.4000/activites.54>

Rouat, S., & Sarnin, P. (2018). L'intervention en santé au travail: l'intérêt de l'étude de cas d'intervention. *Le Travail Humain*, 81(4), 331-363.

Sarnin, P., Bobillier-Chaumon, M.-E., Cuvillier, B., & Grosjean, M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail: acteurs et enjeux dans la durée. *Bulletin de Psychologie*, 519(3), 251-261.

Scheller, L. (2022). *La force collective de l'individu*. La Dispute.

Simonet, P., Miossec, Y., & Clot, Y. (2024). La conquête d'une nouvelle marge de manœuvre organisationnelle par le développement des pouvoirs d'agir sur la prescription: le cas d'une intervention-recherche dans un établissement public de la formation professionnelle. In F. Coutarel, & N. Vézina (Eds.), *Marge(s) de manœuvre(s) et Marge de manœuvre: des concepts à la transformation du travail* (pp. 45-68). Octarès.

Ughetto, P. (2021). La qualité de vie au travail au risque de sa transformation en process. In S. Le Garrec (Ed.), *Les servitudes du bien-être au travail* (pp. 169-188). Erès.

Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques: note de recherche sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163(3), 32-38. <https://doi.org/10.3917/arss.163.0032>

Vygotski, L. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. La Dispute.

NOTAS

1. En efecto, estas dos perspectivas se diferencian también en la centralidad que conceden a determinados actores en la implementación de los métodos de intervención. En la primera (prevención de riesgos), los actores claves son los mismos que ocupan los oficios dedicados a la salud laboral, en particular las direcciones de recursos humanos y los departamentos de salud laboral. En la segunda (clínica de la actividad), los interlocutores privilegiados son los actores en condiciones de transformar el trabajo prescrito, en contacto con los diálogos sobre el trabajo real, a partir de la experiencia de los colectivos y la dirección de operaciones. Dicha primacía de ciertos actores depende también del lugar que ocupa la salud en cada perspectiva: una dimensión que se tiene en cuenta a priori, o efecto del poder de actuar buscado en la intervención.
 2. Véase más adelante un ejemplo de objeto de trabajo derivado del diálogo entre ingenieros de formación.
 3. “En el sentido de que el saber es considerado el resultado de una coproducción que se arraiga en la experiencia singular y participa al mismo tiempo en la producción de recursos propicios para la expresión de nuevas posibilidades” (Rouat y Castel, 2025, p. 250) (traducido del inglés: “In the sense that knowledge is seen as the result of a co-production that is rooted in a unique experience and at the same time participates in the production of resources conducive to the expression of new possibilities”).
-

RESÚMENES

A pesar de los avances en el conocimiento, la actuación en el ámbito de la salud laboral sigue planteando numerosas dudas sobre cómo promover intervenciones eficaces y sostenibles. Este artículo analiza dos perspectivas. Una consiste en intentar “afectar” a los actores para que intervengan en la organización. Otra es tratar de “afectar” la organización para tener un impacto en las personas. Esta cuestión nos lleva inevitablemente a replantearnos el papel de las distintas partes involucradas en una intervención y a cuestionar las “alianzas” en las que puede basarse el psicólogo del trabajo, y en particular el clínico del trabajo, para incidir en la organización.

Apesar dos progressos do conhecimento, a ação no domínio da saúde no trabalho levanta ainda muitas questões sobre a forma de promover intervenções eficazes e sustentáveis. Este artigo aborda duas perspectivas. Uma consiste em tentar “afetar” os atores para que estes intervenham na organização. Outra é procurar “afetar” a organização para ter um impacto nas pessoas. Esta questão leva-nos inevitavelmente a repensar o papel dos diferentes intervenientes numa intervenção e a questionar as “alianças” em que o psicólogo do trabalho, e em particular o clínico do trabalho, se pode apoiar para afetar a organização.

Malgré l'avancée des connaissances, agir en santé au travail soulève encore de nombreuses questions pour favoriser des interventions efficaces et pérennes. L'article propose de discuter deux perspectives. Une façon de voir les choses est de chercher à « affecter » les acteurs pour qu'ils interviennent sur l'organisation. Une autre est de chercher à « affecter » l'organisation pour agir sur les personnes. Cette question nous amène inévitablement à repenser le rôle des différentes parties-prenantes d'une intervention et à interroger les « alliances » sur lesquelles le psychologue du travail et en particulier le clinicien du travail peut compter pour affecter l'organisation.

Despite advances in knowledge, taking action in occupational health still raises a number of questions to promote effective and sustainable interventions. This article discusses two perspectives. One way of looking at things is to seek to "affect" the players so that they intervene in the organization. Another is to seek to "affect" the organization in order to act on people. This question inevitably leads us to rethink the role of the various parties involved in an intervention, and to question the "alliances" on which the work psychologist, and in particular the work clinician, can rely to affect the organization.

ÍNDICE

Palabras claves: intervención en salud laboral, clínica de la actividad, disposiciones afectivas, cooperación conflictiva, transformación

Keywords: intervention in occupational health, clinic of activity; affects, conflictual cooperation, transformation

Mots-clés: intervention en santé au travail, clinique de l'activité, affects, coopération conflictuelle, transformation

Palavras-chave: intervenção em saúde no trabalho, clínica da atividade, afetos, cooperação conflitual, transformação

AUTORES

SABRINA ROUAT

<https://orcid.org/0000-0002-3779-1518>, Laboratoire GRePS, Université Lumière Lyon 2. 5 avenue Pierre Mendès France, 69676 Bron. s.rouat@univ-lyon2.fr

YVES CLOT

Laboratoire CRTD, CNAM, 41 rue Gay Lussac, 75005 Paris. yves.clot@lecnam.net