

Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management.

Mathieu DETCHESSAHAR

Université Nantes LEMNA

Michel DEVIGNE

Ecole des Mines de Nantes LEMNA

Arnaud STIMEC

Polytech' Nantes LEMNA

Classification JEL : M54 – Réception : février 2009 ; Acceptation : octobre 2010

Correspondance : mathieu.detchessahar@univ-nantes.fr

Résumé : Cette recherche s'intéresse aux liens entre les modes de gestion et la santé au travail (Chanlat, 1999). Pour rendre compte de l'extrême complexité de ces liens, ce sont bien les modes de régulation de l'activité concrète (Reynaud, 1989; Terssac (de), 1992; Raveyre et Ughetto, 2006) qu'il s'agit de saisir et de mettre en lien avec le bien-être des salariés. Les deux cas étudiés dans ce texte situent cette problématique au sein du secteur de la santé, dont on sait à quel point il a été touché depuis plus d'une dizaine d'années par les politiques de modernisation gestionnaire ainsi que par la montée de la problématique de la santé au travail. Trois modes de régulation du travail peuvent ainsi être distingués, leur effet sur la santé analysé et des pistes d'action managériales proposées.

Mots clés : management, santé au travail, régulation, espace de discussion, EHPAD.

Abstract: This research focuses on the links between management and health at work. In order to take into account the great complexity of these links, we focus on the "regulation modes" (Reynaud, 1989; Terssac (de), 1992) of the concrete work and attempt to draw parallels between these modes and the employee's welfare. The research is based on the ethnographic study of two health organizations. The health sector has been deeply transformed for a decade through the implementation of new managerial models. At the same time, health organizations face increasing problems of health at work. In the organizations we studied, we identified three major "regulation modes" and their impacts on occupational health.

Key words: management, occupational health, work regulation.

Les organisations sont aux prises, depuis deux décennies, à de profonds processus de modernisation mêlant réformes des systèmes de gestion, innovations technologiques et nouvelles pratiques managériales. Ces multiples évolutions ont eu des conséquences massives sur le travail des salariés, notamment en l'intensifiant (Gollac et Volkoff, 1996). Les enquêtes Conditions de travail (1978, 1984, 1991, 1998) de la Dares rendent compte de ce fait, quand bien même la dernière, en date de 2005, met à jour une « pause dans l'intensification du travail » (Bué, Coutrot et al., 2007). Ces réformes ne vont pas sans entraîner des « confusions » (Uhalde, 2005, 2007) au sein des organisations, ni sans provoquer pour les personnels un renouvellement, voire un alourdissement des contraintes de travail (Gollac et Volkoff, 1996).

Le programme de recherche ANR - SORG (Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines¹), dans le cadre duquel la recherche présentée ici s'inscrit, s'est donné pour objet d'étude les modes de prises en charge managériales de ces transformations et des tensions qu'elles ne peuvent manquer d'occasionner dans les organisations. Plus spécifiquement, la recherche s'interroge sur les liens existants entre les formes d'accompagnement managérial des transformations en cours et la santé des salariés.

L'approche est donc résolument orientée vers l'étude des liens entre les modes de gestion et la santé au travail (Chanlat, 1999). A ce niveau, de nombreux facteurs ont été identifiés en particulier autour des stressseurs ou des modérateurs du stress : la latitude décisionnelle (Karasek, 1979), la reconnaissance (Siegrist, 1996) ou encore le soutien social (Karasek, Theorell, 1990) sont reconnus comme de bons moyens d'atténuer le stress perçu et ses effets sur la santé. De même, quelques recherches récentes sont parvenues à mettre à jour des liens entre les différents types de configuration organisationnelle et la santé des salariés (Daubas-Letourneux, Thébaud-Mony, 2003 ; Valeyre, 2006) : certaines configurations actuelles (celle de type *lean* notamment)

¹ Le programme SORG, financé par l'ANR, est piloté par un laboratoire de recherche en gestion (le LEM-CRGNA) et conduit par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs en gestion, économie, sociologie et médecine. La recherche associe les institutions suivantes : Université de Nantes (pilote), Ecole des Mines de Nantes, Ecole Nationale de la Santé Publique, Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

apparaissent comme plus nocives pour la santé que des organisations classiques d'inspiration fordo-taylorienne.

Contrairement à ces recherches qui adoptent une approche statistique et extensive des questions de santé, l'étude SORG s'écarte des voies de l'étude « à distance » de l'organisation réalisée à partir de critères définis *a priori* pour une approche intensive de situations ancrées dans des contextes spécifiques. Pour rendre compte de l'extrême complexité des liens entre modes d'organisation et construction de la santé des salariés, notre étude privilégie une entrée par les situations concrètes de travail. Cette approche permet d'appréhender la façon dont les salariés s'approprient les contraintes de l'organisation et dont le management peut ou non les y aider. Ici, ce sont bien les modes de régulation de l'activité concrète (Reynaud, 1989; Terssac (de), 1992; Raveyre et Ughetto, 2006) qu'il s'agit de saisir et de mettre en lien avec le bien-être des salariés. L'enjeu est alors de découvrir les types de régulation du travail susceptibles de permettre une réalisation efficace de l'activité dans un contexte de plus en plus contraint sans porter atteinte à la santé des salariés.

Les deux cas étudiés dans ce texte situent cette problématique au sein du secteur de la santé, dont on sait à quel point il a été touché depuis plus d'une dizaine d'années par les politiques de modernisation gestionnaire ainsi que par la montée de la problématique de la santé au travail (Raveyre et Ughetto, 2006) en partie thématisée sur le registre du « burn-out » des infirmières (Loriol, 2003). Plus précisément, les terrains présentés sont deux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui, s'ils font partie du secteur de la santé, en constituent un sous-secteur aux particularités fortes tant pour les caractéristiques des personnes accueillies (grand âge, dépendance, polyopathie) (CAS, 2006), les soins prodigués (importance du nursing, attention à l'écoute des personnes, accompagnement de la fin de vie) (Castra, 2004) que la relative dévalorisation de la gériatrie au sein du monde hospitalier et des soignants (Bouffartigue et Bouteiller, 2003).

Confrontés à des contraintes réglementaires et d'activité proches, nos deux EHPAD présentent des tableaux de santé assez contrastés. Si, dans chacun d'entre eux, les plaintes des salariés sont nombreuses, leur nature et leur intensité diffèrent d'un établissement à un autre et plus encore d'un service à l'autre en fonction du type de régulation du

travail qui s'y déploie. Trois modes de régulation du travail peuvent ainsi être distingués et leur effet sur la santé analysé.

1. Cadre théorique de la recherche : réguler et manager l'activité pour faire face à l'intensification

L'analyse des transformations organisationnelles en termes d'intensification du travail pourrait conduire à une condamnation sévère et sans inventaire des nouvelles formes d'organisation. Dans cette perspective d'analyse, le contexte de mise en place de nouveaux dispositifs innovants de production industrielle et tertiaire depuis deux décennies (Askenazy, Caroli et al., 2001) conduit à une situation dans laquelle, non seulement la contrainte classique de la productivité-débit (cadences, vitesse d'exécution...) ne se relâche pas (Gollac, 2005), mais d'autres contraintes (qualité, innovation, réactivité...) viennent s'y ajouter et aboutissent, en plus de l'intensification physique, à une intensification cognitive ou subjective du travail (Clot, 2005). Dans le même esprit, certains dispositifs comme le management par projets (Zannad, 2008) ou le management total de la qualité (Dhaoudi et alii, 2008) font l'objet de critiques particulièrement approfondies qui aboutissent elles aussi à dénoncer la multiplication des contraintes, le contrôle renforcé et *in fine* « la discipline de fer » (Zannad, 2008, p.58) se cachant derrière ces dispositifs se présentant de manière *a priori* émancipateurs.

Finalement, ces nouveaux dispositifs occasionneraient un durcissement des trois contraintes industrielles, marchandes et événementielles. La contrainte industrielle est celle du respect des normes quantitatives et qualitatives de production ; la contrainte marchande s'exprime à travers l'impératif de satisfaction du client avec lequel les opérateurs sont de plus en plus souvent en contact ; la contrainte événementielle (Zarifian, 1995) se formule en termes de réponse rapide à l'aléa. Ce cumul des contraintes, bien renseigné par les enquêtes SUMER (1994, 2003) qui montrent un léger recul des contraintes physique (postures, bruit, vibration) et un net accroissement des contraintes organisationnelles (réactivité, interruption, délais...), conduirait à ce que les salariés soient souvent confrontés à des injonctions contradictoires ce qui accroît la tension psychologique, la

vitesse immaîtrisée, les efforts supplémentaires, la mise en danger de soi et des autres... Dans cette perspective, les nouvelles formes d'organisation apparaîtraient donc comme des lieux privilégiés de développement du stress, des angoisses, de la fatigue et de la souffrance au travail (Cintas, 2003, p. 74).

Quel bilan d'ensemble doit-on tirer des travaux sur l'intensification ? Doivent-ils conduire à un rejet massif des nouvelles pratiques d'organisation et de ce que d'aucuns appellent « l'entreprise néo-libérale » (Coutrot, 1998) ?

Il faut rappeler pour commencer que les nouvelles pratiques peinent à se constituer en un nouveau modèle unique mais se combinent au sein de plusieurs modèles aux effets différents sur la santé comme les approches configurationnelles tendent à le montrer (Valeyre, 2006 ; Thébaud-Mony, 2003). Il faut ajouter ensuite que, si l'on en croit les résultats d'une étude sur l'expérience américaine (Askenazy, 2004), les nouveaux modèles d'organisation du travail feraient preuve d'une capacité remarquable à s'amender et à progresser dans le sens d'une meilleure prise en compte des conditions de travail et des questions de santé au travail. Selon l'auteur, le « miracle américain » se produit à compter du milieu des années 90, moment auquel les entreprises américaines loin d'abandonner le modèle du « productivisme réactif » le généralisent et développent, sous l'effet de multiples mécanismes d'incitation (réglementaires, économiques, technologique...), de meilleures politiques managériales d'accompagnement de la nouveauté conduisant à une amélioration remarquable des conditions de travail et de santé des salariés. En ce sens, le nouveau modèle ne serait pas mauvais en soi, ce sont les désorganisations générées lors de sa période de mise en place qui auraient eu des effets délétères.

Il semblerait donc que l'on puisse concevoir des modalités d'accompagnement des nouveaux modes d'organisation de telle façon que les individus puissent s'approprier de façon positive le cumul des contraintes constitutif de l'intensification. Les tenants des thèses sur l'intensification du travail ne récusent d'ailleurs pas ce qui, à l'aune de leurs travaux, pourrait apparaître comme un paradoxe. Ainsi, comme l'indique Michel Gollac (2005), toute tentative de synthèse est délicate et ne doit pas conduire à assimiler l'intensification à une dégradation générale du travail et du rapport au travail : « *l'impact moyen de*

l'intensité du travail sur le rapport subjectif au travail n'a rien d'évident a priori » (2005, p. 208).

Nous considérerons donc que les dispositifs gestionnaires divers qui se déploient massivement dans les organisations, et plus spécifiquement dans les organisations de santé, ne s'accompagnent pas nécessairement d'effets négatifs sur la santé au travail. S'il convient de ne pas adopter une vision déterministe des effets des politiques de modernisation organisationnelles sur la santé des personnes, il faut néanmoins considérer que la mise en place de nouveaux dispositifs gestionnaires introduits au sein des organisations un nombre croissant de facteurs de tensions, de contradictions, voire de paradoxes. Dans le secteur de la santé, les dispositifs d'assurance qualité, l'informatisation croissante de l'activité dans la cadre de la tarification à l'activité (T2A) ou encore la nécessité de formaliser les projets d'établissement font peser sur l'activité des soignants de nouvelles contraintes obligeant à frayer des compromis d'activité nouveaux entre tâches de soins et tâches administratives ou gestionnaires. S'il n'y a pas de déterminisme simple, les conditions de la prise en charge de ces tensions influent sur la façon dont les personnes parviennent à construire le sens de leur travail et leur implication dans celui-ci. Dans cette perspective, il nous semble intéressant de faire l'hypothèse que la santé au travail est le résultat d'un processus de production du rapport de l'individu à son travail, ce processus étant plus ou moins facilité, gêné voire empêché, par la façon dont le management parvient ou non à s'emparer des tensions que les nouveaux modes d'organisation ont pu susciter. De la capacité (ou de l'incapacité) de celui-ci à prendre en charge ces tensions, et plus particulièrement à leur donner des moyens de s'exprimer, de se rendre visible et d'être reconnues, dépend la santé au travail des personnes. Une attention toute particulière doit être accordée alors d'une part aux différents lieux qui, au sein de l'organisation, donnent une chance aux tensions vécues de trouver un lieu d'expression et de résolution, et d'autre part à la façon dont ces lieux sont investis et considérés par le management.

Dans cette perspective, la théorie de la régulation sociale de Reynaud (Reynaud, 1988 ; Terssac (de), 2003) est utile à mobiliser. En effet, dans son effort de rendre de compte de la façon dont les règles émergent, se négocient et s'entretiennent dans les échanges entre acteurs, cette approche est adaptée à la saisie de l'activité de

management. Elle insiste notamment sur l'existence de différents types de régulation : la « régulation de contrôle » et la « régulation autonome », qui dans certains cas peuvent trouver à s'articuler dans une « régulation conjointe ». La régulation autonome renvoie aux règles que se donne un groupe de personnes pour fonctionner, prendre en charge une activité qui lui incombe. La régulation de contrôle renvoie quant à elle aux efforts d'un autre groupe, classiquement l'encadrement, pour « régler » le comportement des groupes dont il a la charge. Les conditions de rencontre de ces deux régulations, et leurs résultats, peuvent être multiples, mais l'auteur postule qu'un type d'articulation peut produire ce qu'il appelle une régulation conjointe, c'est-à-dire une régulation qui opère une synthèse de la régulation de contrôle et de la régulation autonome, permettant à toutes deux de satisfaire à leur but, sans que l'une ou l'autre ne soit étouffée, contournée ou ignorée. Cette approche est apte à fournir une grille de lecture des rapports entre acteurs dans le cadre de relations hiérarchiques, il reste pourtant qu'elle est muette sur la possibilité et les moyens d'agir sur ces régulations. Or, il nous semble être essentiel, dans la perspective que nous nous donnons, de mettre à jour l'existence (ou l'absence) de « dispositifs de régulation » (Tertre, 2005), c'est-à-dire de dispositifs construits consciemment pour permettre aux régulations à l'œuvre dans le travail d'être reconnues, prises en charge, tant par l'encadrement que par les équipes, ceci afin de produire au niveau local des ordres négociés adaptant l'ordre social au quotidien du travail (Strauss, 1978 ; 1992).

L'hypothèse générale est donc que la façon dont les personnels vont considérer leur travail, dépasser les contradictions dont il est porteur et *in fine* nourrir la perception qu'ils se font de leur santé, dépend de la capacité du management à ouvrir et rendre pertinents des « espaces de discussion » sur le travail (Detchessahar, 2002 ; 2003).

2. Méthodologie de la recherche

La problématique générale ainsi posée sera dans ce texte confrontée à deux terrains de recherche. La démarche d'enquête retenue est qualitative et inductive conformément aux principes de la *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967). Les réflexions théoriques sont issues des résultats empiriques et l'objet – tant empirique que conceptuel – a

été construit au fur et à mesure des enquêtes de terrain, au regard des résultats empiriques obtenus, selon un processus itératif. Selon cette méthodologie, la comparaison est le ressort essentiel de la montée en généralité : c'est à travers la comparaison de cas, locaux, toujours spécifiques et contingents, que des conclusions générales, notamment théoriques, peuvent être tirées. En ce sens, c'est de la comparaison entre nos deux établissements d'hébergement des personnes âgées et de la comparaison entre les dynamiques organisationnelles et managériales à l'œuvre dans ces deux établissements que des analyses sur l'influence de ces dynamiques sur la santé des salariés sont ici présentées.

Au sein du premier établissement, 31 entretiens semi-directifs d'une durée de 1h30 à 2h ont été menés (sur un effectif de 104 personnes). Auparavant 8 entretiens exploratoires avaient été réalisés avec la direction de l'établissement et du CHU dont il dépend. Nous avons également procédé à des observations non-participantes sur toute l'amplitude de certains roulements (4 sur des roulements du matin 6h30-14h00 ; 2 en après-midi, 14 h-21h30). Tout l'encadrement a été interviewé (soit 7 personnes, comprenant le directeur du site au niveau du CHU, la direction des soins également au niveau CHU, deux médecins dont l'un est chef de service, le cadre supérieur de santé, les deux cadres de santé), 4 infirmières (sur 18), 7 aides-soignantes (sur 49) et 6 agents de service hospitalier (sur 27), un kinésithérapeute (sur 3). Enfin le médecin du travail a lui aussi été interviewé.

Dans le second établissement, 19 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Nous avons obtenu l'autorisation d'enregistrer les entretiens qui ont été par la suite intégralement retranscrits. L'ensemble de la hiérarchie a été interviewé (directeur, 2 infirmières, chef cuisinier), ainsi que l'agent d'accueil (1), 5 AS (sur 14), 8 ASH (sur 17) et le médecin du travail. Nous avons procédé à trois séances d'observation *in situ* non participantes, deux sur l'horaire du matin (7 h-14h30) et 1 sur l'horaire de l'après-midi (14h30-22h). Un certain nombre de documents ont été collectés et analysés : fiches de poste, manuel qualité, cahiers des DP, indicateurs RH...

Les échantillons des personnes rencontrées ont été construits selon le principe des « grappes hiérarchiques » : des personnes à tous les niveaux hiérarchiques sont rencontrées, en veillant à interviewer des personnes qui sont en relation directe ceci afin de faciliter le recoupement des données lors de l'exploitation des matériaux. A partir

de ce premier principe d'échantillonnage, des interviews complémentaires ont été menés, ceci afin de satisfaire à la vérification de la « saturation des données » acquises, c'est-à-dire à la vérification que les nouveaux entretiens menés, conduits avec la même grille d'entretien, n'apportaient plus d'informations supplémentaires par rapport à celles déjà recueillies avec les précédents entretiens.

Par ailleurs, dans le cadre général du programme de recherche SORG-ANR, un questionnaire a été administré dans chacun des terrains d'étude. Nous n'utiliserons dans le cadre plus restreint de cet article que quelques résultats ayant trait aux questions de bien-être perçu des personnels. Ils constitueront un des éléments permettant d'évaluer l'impact des différents modes de régulation sur la santé et le bien-être au travail.

Enfin, dans les deux cas, les diagnostics ont été entrepris à la demande des directions et ont été restitués à la direction comme aux personnels.

3. Présentation des terrains de recherche

Nos terrains d'enquête sont deux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes : nous les nommerons ici, pour préserver l'anonymat des organisations et des personnes, la Maison de Retraite Montfort et l'Etablissement d'Hébergement Villefleuve.

L'établissement d'hébergement Villefleuve (EH par la suite) est une organisation publique, de taille importante, évoluant dans le giron d'un CHU de province. L'EH accueille des personnes âgées très dépendantes (comme le montre son GIR² moyen pondéré). Il s'agit d'un établissement très fortement médicalisé ; les équipes soignantes représentent l'essentiel de l'effectif, la grande partie des tâches

² - Comme tout secteur d'activité, le secteur de la santé est grand consommateur de sigles et acronymes. Nous donnons dans cette note les principaux sigles utilisés dans cet article :

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- EHPAD : Etablissement d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes
- GIR : Groupe Iso-Ressource
- GMP : Gir Moyen Pondéré
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- AS : Aide Soignante
- ASH : Agent de service Hospitalier

hôtelières ayant été regroupées sur un « plateau logistique » commun à l'ensemble du CHU. A l'inverse, Montfort est une maison de retraite de taille plus modeste appartenant au secteur privé associatif. Les résidents sont beaucoup moins dépendants qu'à l'EH et l'établissement est moins fortement médicalisé.

Dans les deux cas, l'équipe de recherche est intervenue à la demande des organisations. Concernant l'EH la demande nous a été adressée par la direction du CHU dont dépend l'EH. Cette direction semble désespérée face au mal-être et à la souffrance qu'elle perçoit parmi les personnels de l'établissement. Malgré la rénovation complète des bâtiments entamée dans les années 1990 et terminée dans le courant des années 2000 et de forts investissements dans du matériel de travail ergonomique (lève-malades, salle de bains ergonomiques...), le climat de travail perdure dans la morosité. L'absentéisme a pris durant l'été précédant notre intervention des proportions extrêmement préoccupantes, près de 80% des AS et ASH auraient été absentes ! De plus, cet absentéisme prend la forme d'arrêts courts et inopinés, particulièrement déstabilisants pour le planning des équipes et conduisant à des modifications permanentes. Le taux de roulement est également très important. La direction dit avoir enregistré 40 demandes de départ en 2006 et en a honoré 27, et les données pour 2007 sont quasi identiques. Enfin, la tension à l'intérieur des équipes AS et ASH prend parfois des dimensions inquiétantes. Elles sont suffisamment accusées pour déboucher sur des disputes sérieuses pouvant aller jusqu'aux insultes, voire à quelques reprises jusqu'aux coups (des gifles auraient été échangées entre collègues).

A Montfort, la demande d'intervention a tout d'abord été déclenchée par le médecin du travail puis relayée par la direction. Le médecin du travail a en effet posé un diagnostic de harcèlement au sein du service des ASH qui aurait conduit à une tentative de suicide d'un des agents. Au sein de ce service, les congés maladie ainsi que les inaptitudes se multiplient, et, en 2004, 4 personnes ont été licenciées pour une inaptitude prononcée sur l'ensemble des postes de travail. La direction confirme le malaise dans la structure et particulièrement au sein de l'équipe des ASH. Elle confesse également son grand désarroi face à une situation qu'elle ne comprend pas et au sein d'une équipe pour laquelle elle a l'impression d'avoir beaucoup fait depuis son arrivée en 2005.

Tableau 1 – Fiche d'identité des organisations étudiées

	EH (Villefleuve)	Montfort
<i>Type</i>	Etablissement Public	Privé, Associatif
<i>GMP</i>	Environ 850	Environ 350
<i>Personnel</i>	104 (80 ETP)	43 (28 ETP)
<i>Lits</i>	130	80
<i>Direction</i>	7	2
<i>Infirmière</i>	18	2
<i>AS</i>	49	14
<i>ASH</i>	27	17

4. Résultats de la recherche : trois modes de régulation et des effets différents sur la santé des salariés

Les investigations menées au sein des deux organisations conduisent à distinguer trois situations différentes correspondant à trois modes de régulation du travail distincts aux effets sur la santé très contrastés. En effet, si les équipes d'infirmières, d'AS et d'ASH de l'EH Villefleuve peuvent être traitées ensemble — le travail est peu divisé entre ces 3 équipes, la coopération est forte et elles sont soumises, comme nous le verrons, à un même type de management —, les équipes soignantes (AS et infirmières) et hôtelières (ASH) de Montfort évoluent dans des cadres organisationnels et managériaux si différents qu'ils composent des modes de régulation très distincts qu'il faut traiter séparément pour mettre en lumière leurs liens avec la construction de la santé au travail.

Dans cette perspective d'analyse, trois types de régulation du travail apparaissent dans nos organisations : l'EH semble présenter une situation récurrente d'épuisement des personnels dans la régulation autonome (4.1), les ASH de Montfort sont dans une situation dans laquelle la formalisation du travail est forte et les possibilités de régulation inexistantes ce qui conduit à laisser les personnels seuls face aux difficultés concrètes de l'activité qui demeurent irrésolues (4.2), les AS de Montfort évoluent dans un cadre qui, à la fois, prescrit une partie de l'activité et incite à la discussion sur le travail en organisant des lieux et des temps permettant la régulation des activités concrètes (4.3).

4.1 Les AS et ASH de l'EH : entre régulation autonome et abandon

Prescriptions peu suivies, forte coopération et épuisement

Au sein de l'Etablissement d'Hébergement, la faible prescription du travail et une forte coopération entre les AS, ASH et infirmières sont deux caractéristiques majeures de l'organisation au quotidien de l'activité. Toutefois, les trois médecins et les deux cadres de santé affectés à l'EH³ s'efforcent depuis la signature d'une convention tripartite dans le courant des années 2000 de mettre en place divers protocoles de prise en charge et de soins des personnes âgées. Cela se traduit notamment, avec quelques variations suivant les étages de l'EH, par une répartition imposée des personnels entre les deux ailes du même étage, par la fixation d'un nombre minimum de chambres à nettoyer par jours ou de bains à donner aux personnes âgées. Si les prescriptions voient leur nombre augmenter par rapport à la situation antérieure à la convention, elles occasionnent des contestations, voire des remises en cause allant jusqu'à leur non application. Il y a donc des prescriptions mais leur mise en œuvre reste aléatoire, le travail réel étant dès lors peu prescrit.

³ L'établissement d'hébergement comprend en tout 4 étages : un étage dédiés aux Soins de Suite et de Rééducation (SSR), deux autres à l'EH proprement dit, un autre étage comprend une partie de lits EHPAD et une partie de lits SSR. Un cadre de santé est affecté à l'étage SSR, un autre à un étage EHPAD et un autre a en charge deux étages : l'un exclusivement EHPAD, l'autre étant celui où se mélangent lits EHPAD et lits SSR. Nous ne prenons en compte dans les présents développements que les étages et cadres relevant de l'EHPAD, soit 2,5 étages et 2 cadres de santé.

« Là, il y a eu une réorganisation pour bien cadrer les toilettes, le ménage, les repas, tout ça pour le bien-être des résidents, et il s'agissait de ne pas penser d'un point de vue personnel. Ça me semblait logique, mais pour certaines, ce n'est que du discours. » (une AS)

A la différence de ce qui se passe au sein de la Maison de Retraite, présentée ci-après, la coopération est forte non seulement entre AS et ASH, mais également entre celles-ci et les infirmières. En effet, au gré des imprévus de l'activité et des variations de charge de travail, les AS et ASH s'entraident fortement, et peuvent même être aidées par les infirmières sur des tâches qui officiellement ne leur incombent en rien (par exemple la préparation des plateaux repas ou l'aide au repas des personnes ne pouvant s'alimenter seules).

« les ASH ? elles font le même boulot que nous mais n'ont pas la même feuille de paie. Le jour où elles feront grève, ça ira mal. Quand on a des problèmes personnels, on en parle entre nous, AS et ASH, ça se passe super bien. [...] on est très fortes en gueules, on est très solidaires, on s'engueule mais rien de grave. » (une AS)

Cette coopération n'empêche pas les tensions, ni les conflits occasionnels. Si les AS, ASH et infirmières coopèrent régulièrement, les conditions de cette coopération se négocient au jour le jour, autant en fonction d'affinités (ou inimitiés) personnelles que des contraintes du jour. Si coopération il y a, au sens où il semble que leur statut et leur poste officiels servent peu de moyen de protection, elle n'est pas donnée, mais construite, cahin-caha, jours après jours, avec de vrais succès et de réels échecs, avec pour conséquence essentielle d'être instable et de pousser jusqu'à l'épuisement la logique de l'ajustement mutuel entre les personnels.

« Il y a du stress, ici. Travailler avec certaines collègues, c'est dur, surtout le week-end. Quand on est en effectif minimum, il faut avancer. [...]. Donc on prend sur soi. Les résidents sont de plus en plus lourds, par rapport à leur poids et ça pèse durant les changes, et on sait qu'on ne sera jamais le maximum en effectif. Il y a des tensions, de grosses tensions. Comment les gérer ? ça c'est une bonne question ! Comment faire quand on est au milieu de tout ça. Eh bien, on sort, on dit : « Stop ! ». Sinon, on parle et on se plaint que ce soit sur le travail ou sur la vie personnelle. Des fois, on demande des soutiens... c'est dur de travailler dans les tensions. » (une AS)

Au sein de l'EH Villefleuve, il faut donc comprendre à la fois les modalités de la mise en place de la coopération entre ces différents groupes d'acteurs et la réception qui est faite aux tentatives de régulations de contrôle développés par l'encadrement. De cette compréhension dépend celle concernant les problèmes de santé des personnels identifiés au sein de la structure.

Des « équipes » de travail sans cesse mouvantes

Les personnels de l'EH Villefleuve font souvent référence aux « équipes » qui travaillent à chaque étage et dans chacune de leurs deux ailes. Ce terme, qui laisse entendre un travail pris en charge par un petit groupe stable, est trompeur, tant ces soi-disant « équipes » sont de jours en jours, en tout ou partie, recomposées au rythme des « roulements individuels », des souhaits d'aménagement soudains, des formations, de l'application des réglementations, des horaires de travail ou encore des absences imprévues...

« La répartition se fait comme ça, comme on veut, en fonction des gens, des envies, du moment où on arrive, des équipes faites ou pas, des besoins. On arrive le matin, on discute, on voit où on veut, où on peut aller. Ça crée des discussions, voire des disputes, des tensions, ça dépend. En fait, ça dépend aussi de quand vous arrivez, par rapport à votre roulement, dans la semaine, voire éventuellement le matin. Le moment important, c'est après le week-end, puisque après le week-end, il y a forcément une nouvelle équipe, et c'est là que se passe le choix du côté. [...] Du coup, le lundi matin est assez important... le matin avant, pendant la transmission, ça discute pour savoir qui va où, avec qui, chacun essaie de se placer... ça discute, crée des tensions, c'est pas très facile. » (une AS)

De fait, les « équipes » sont des collectifs de travail instables et qui plus est, de petite taille : 8 à 9 personnes par étage le matin (en incluant AS-ASH et infirmières) réparties en deux « sous-équipes » de 4 personnes par ailes, une personne étant affectée à l'office ; 4 à 5 l'après-midi, réparties en deux « sous-équipes » de 2 personnes par ailes, la seule infirmière présente l'après-midi étant responsable de l'étage entier. Cette petite taille a une conséquence sur le fonctionnement des « équipes » : tout changement de personne a, au moins potentiellement, un fort impact sur la façon dont l'équipe prendra en charge son activité. La charge de travail des équipes représente elle

la variable stable : le nombre de personnes âgées dont il faut s'occuper par étage ne varie pas. Les AS, ASH et infirmières qui composent les « équipes » sont donc confrontées au jour le jour à la question suivante : comment faire face à une « charge de travail » qui ne varie pas, avec des « moyens » qui eux varient fréquemment ?

S'ajuster en permanence pour faire face

Quelle solution le personnel de l'EH a-t-il apporté à cette question ? Réponse : une adaptation au jour le jour de sa façon de travailler, en fonction de la taille de l'équipe effective en début de demi-journée, des personnes en présence... et aussi par une négociation de la façon dont sera pris en charge l'ensemble des activités à mener. Les soins et l'attention à donner à des personnes d'un grand âge souvent fragilisées ne devraient pas avoir à varier mais en pratique les standards sont souvent « revisités » à la baisse pour trouver un compromis acceptable, bien que toujours inconfortable. Il est ainsi évident pour tous les personnels qu'il est nécessaire et normal de donner un bain-douche régulièrement à toutes les personnes accueillies... mais le bain-douche d'une personne dépendante peut nécessiter la présence de deux AS-ASH, mobilisées durant à peu près $\frac{3}{4}$ d'heure, laissant ainsi leur troisième collègue de la sous-équipe de leur aile en charge des 23 autres patients... ceci dans le meilleur des cas où la sous-équipe est bien de trois personnes, compte non tenu de l'infirmière. Tout dépend alors de la capacité des personnes présentes à adapter leur travail en fonction de cette tâche et de toutes les autres, c'est-à-dire en fonction de toutes les tâches incontournables (la toilette au lit, les changes, le petit-déjeuner, le déjeuner, les soins proprement dit), de toutes les tâches dans leur dimension imprévue (M. X, aujourd'hui, ne se laisse pas faire lors de son change, qui dès lors doit se faire à deux soignants ; Mme A qui ne veut pas s'alimenter et avec qui il faudra rester bien plus longtemps, pour la faire manger et pour aussi être tout simplement plus longtemps avec elle que d'autres jours ; etc.), de l'acceptation de « bâcler » plus ou moins certaines tâches au nom de certaines autres, etc..

« Souvent, comme la semaine prochaine car ce sont les vacances, on est 3 [au lieu de 4] et on doit faire le même travail. C'est pas possible. Comment faites-vous alors ? On fait pas les toilettes de la tête aux pieds. Le ménage on ne le fait pas pendant plusieurs jours. C'est usant. C'est lourd. Les plaintes, la douleur. C'est démotivant... » (une ASH)

Le bon fonctionnement du service repose en fait sur la capacité individuelle d'ajustement de chaque AS, ASH et infirmière à l'ensemble des nécessités, contraintes et imprévus de leur travail quotidien. Mais l'appel à ces capacités individuelles d'ajustement a un coût : d'une part l'ajustement entre collègues étant quasi permanent, il est usant, et d'autre part les résultats de cet ajustement n'étant jamais donnés, il est à la fois insécurisant, potentiellement en échec et producteur de tensions, si ce n'est de conflits. Autrement dit, si l'appel à des ajustements mutuels permanents au sein des équipes est la solution réinventée au jour le jour par les membres des « équipes », il est également le problème régulier auquel se heurtent les personnels, avec son lot de tensions, d'absentéisme, d'arrêt de travail et d'envie de sortir du système, de « laisser tomber ».

Les réponses décalées de l'encadrement

Comment l'encadrement de l'EH Villefleuve tente-t-il de prendre en charge ces difficultés ? Nous avons d'ores et déjà livré une partie de la réponse : en élaborant des procédures, dont l'aspect systématique aurait pour fonction de réduire le recours aux ajustements mutuels et ainsi de diminuer les tensions tout en favorisant un gain de temps dans la réalisation des tâches.

« On a travaillé sur des sujets ciblés, par exemple : la contention, la déglutition, les transmissions ciblées, le projet de service, etc. On a fait des groupes de travail qui sont composés de représentants de chaque service, toutes catégories confondues. [...] on a abouti à des objectifs qu'il doit être possible de mettre en place. Il faut que ce que l'on propose soit possible. » (un médecin)

Comme nous l'avons vu, ces procédures, riches en promesse et irréfutables en toute logique, ne prennent pas, leur mise en œuvre étant au mieux discutée au pire écartée. Comment expliquer ce fait ? Des éléments de réponse sont à chercher dans le moyen utilisé pour concevoir et diffuser ces procédures. Ces procédures sont pour l'essentiel décidées et conçues sous l'impulsion des médecins et des cadres de santé, qui en démontrent l'intérêt au sein de diverses réunions où les personnels en prennent connaissance et peuvent les amender. Ces réunions sont de différents types : pour l'essentiel, il s'agit des « réunions institutionnelles » et des réunions liées à l'élaboration du projet de service, auxquelles participent quelques personnels

volontaires. Ces réunions ont pour caractéristiques communes de n'être fréquentées que sur le mode de la libre participation, largement dépendante du roulement des différents personnels et bien sûr de la charge d'activité.

« Je n'y vais plus [aux réunions projet de service]. Je participais et avec certains médecins on s'est pris la tête [...] par rapport au personnel. On souligne que le personnel n'est pas assez nombreux, et ce malgré les quotas. Le médecin nous a alors répondu que c'était pas la peine d'espérer...c'est jamais le moment d'en parler. J'ai participé au groupe [Y]. J'ai arrêté car on nous sort par exemple qu'on a dépensé 10 000 couches bleues, que c'est trop...des économies de bout de chandelle, c'est n'importe quoi. J'ai participé au [un autre groupe]. Mais on n'a pas eu la parole. Il faut dire oui au professeur [...]. Vous vous souvenez des chiens en peluche qu'on met à l'arrière des voitures et qui hochent la tête quand on roule ? C'était ça. Pendant une de ces réunions, j'ai parlé du manque de personnel et on m'a dit que c'était pas le moment. » (une ASH)

De fait, le nombre des participants à ces réunions est fluctuant, et les participants peuvent fortement varier d'une réunion à une autre. Les sujets discutés au cours de ces réunions ont de fait toutes les chances d'apparaître du jour au lendemain pour nombre de personnels qui les découvriront en prenant leur poste, et disposeront de bien maigres informations sur les raisons les ayant motivés. Les procédures issues de ces réunions ont dès lors de fort risque de n'apparaître que comme de nouvelles contraintes portant sur une activité qui n'en manque pas.

Le travail des cadres de santé sur chaque étage, qui sont les cadres de proximité directs des personnels, pourrait consister à accompagner la mise en œuvre de ces procédures, et c'est d'ailleurs bien le cas parfois. Mais les cadres de santé sont happés par bien d'autres tâches et notamment la gestion du planning des personnels et l'assistance à diverses réunions propre à l'encadrement, qui réduisent très fortement le temps que ces cadres peuvent effectivement passer auprès des personnels dans le cours de leur travail quotidien.

« Normalement, il faut un effectif de 7 le matin et 4 l'après-midi... et puis un jour, on va être 10, parce que parfois, il n'y a pas de vacances, pas d'arrêt maladie et comme ils ne peuvent pas prendre de RTT... ou alors, ils sont en temps partiel, et il faut qu'ils compensent, mais ils ne sont pas d'accord pour le faire un jour où il le faudrait, ce qui

provoque forcément des problèmes pour la suite... bien sûr, on peut imposer des vacances ou des jours de récupération. Donc on essaie de planifier en sachant que ça ne sera pas respecté, on n'y arrive pas. »
(un cadre)

« Les cadres sont débordés et n'ont pas le temps de nous écouter. »
(une AS)

Les cadres s'efforcent d'être présents lors des transmissions, et tout particulièrement celles du début d'après-midi, qui sont celles qui regroupent le plus grand nombre de personnels (l'équipe descendante et l'équipe montante sont sur place), mais ces transmissions, si elles sont un lieu fondamental pour partager les informations sur les événements divers qui marquent la vie des personnes âgées, ne sont pas des lieux où sont abordés fréquemment les difficultés de la réalisation du travail. Ces difficultés en effet sont gérées dans le feu de l'action, au sein des équipes (ou sous-équipes) dans leur couloir respectif, qu'investissent peu leurs encadrants pris par d'autres activités.

D'un côté un encadrement qui s'efforce d'agir en mettant en place des procédures censées faciliter et alléger le travail des personnels, de l'autre des personnels qui perçoivent ces procédures comme de nouvelles contraintes sur un travail déjà vu comme en étant saturé. D'un côté un encadrement qui ne comprend pas pourquoi ces procédures sont si mal ou si peu appliquées, de l'autre des personnels qui ne comprennent pas comment leur encadrement peu pareillement méconnaître leur surcharge de travail au point de leur en demander encore plus. Dans une telle situation, nombre d'éléments sont rassemblés pour affecter la santé du personnel et le sens qu'ils donnent à leur travail : impression d'être débordé dans le travail, de ne pas être reconnu dans le travail mené, mais interpellé sur ce qui n'est pas fait.

Au sein de l'EH Villefleuve, des régulations se sont bien établies pour faire face à l'activité, mais des régulations dont le coût est chèrement payé par les personnels, alors que les régulations inventées par l'encadrement peinent à se rendre légitimes. Manifestement, si des lieux de régulations ont bien été investis (transmissions, réunions), ils ne semblent pas être les plus pertinents, du moins ils laissent de côté le lieu de la régulation effective et douloureuse : les équipes au travail dans leur couloir et leurs chambres, face à des personnes âgées fragiles.

4.2 Les ASH de Montfort : entre régulation formelle et abandon

Une division du travail marquée mais dont l'articulation est floue

Le travail de l'équipe des ASH est, à Montfort, tout entier concentré sur les tâches hôtelières : ménage des chambres et des couloirs, service du petit déjeuner, changement des draps... Elles ne participent pas aux activités de soins, domaine réservé aux infirmières et aides-soignantes. Pour autant, ASH et soignants sont au quotidien en réelle situation d'interdépendance puisque, si les tâches sont divisées, le lieu d'exercice du travail est le même : la chambre du résident et les couloirs de la maison.

Cette communauté de lieu d'exercice suppose des ajustements permanents entre ASH et AS afin de régler l'ordre de passage dans les chambres. Bien entendu, cette régulation met en jeu des questions de priorité entre les tâches, de rivalité entre les personnels et interroge aussi la « grandeur » de l'activité de chacune des participantes : des tâches de soins et de ménage lesquelles sont prioritaires ? l'ASH doit-elle quitter la chambre lorsqu'un soin s'annonce ? l'ASH peut-elle entrer dans la chambre en cours de soin ? l'AS peut-elle traverser le couloir lorsque le ménage est en cours et le sol mouillé ? Comme les AS et les ASH ne partagent aucun lieu commun de régulation (réunions, transmissions, travail de groupe...), cette coordination des activités est totalement laissée aux couloirs et aux faces-à-faces improvisés entre les personnels.

La formalisation du travail et la polyvalence des ASH

A l'intérieur de l'équipe ASH, la coordination des activités a fait l'objet d'un important travail de formalisation. Entamé par une gouvernante au moment de la reprise de la maison de retraite par un groupe européen, cette formalisation s'est poursuivie sous l'autorité de la nouvelle directrice. Des fiches de postes ont été rédigées ; elles correspondent à un horaire spécifique de travail ainsi qu'à un certain nombre de tâches à effectuer au cours de la journée, elles précisent notamment un nombre de chambres à nettoyer. La directrice gère le planning des ASH, c'est-à-dire qu'elle affecte chacune d'entre elles à un poste et organise la rotation sur les différents postes de travail, question particulièrement sensible puisque chaque poste correspond à un horaire de travail différent. Cette formalisation du travail est

diversement ressentie par les ASH. Si elles dénoncent l'industrialisation de leur travail — « *c'est devenu l'usine* » ou « *ici, c'est l'usine* » « *on n'a plus le temps de parler au résident* » —, elles apprécient en revanche que l'affectation des personnels soit désormais codifiée et confiée à la direction, là où l'ancien système favorisait la négociation permanente avec le secrétariat de direction à propos des plannings.

Par ailleurs, la nouvelle direction poursuit une stratégie de développement de la polyvalence au sein du service hôtelier qui doit à la fois servir les objectifs de la maison et permettre d'offrir une plus grande variété de tâches aux ASH, en les « sortant » des tâches de ménages. Deux nouveaux postes de cuisine ont ainsi été créés : un poste de « plonge » et un poste de « service à table ». A la surprise de la direction, la rotation sur les postes de cuisine n'est pas demandée par toutes les ASH, certaines n'y vont pas du tout et demandent à tourner uniquement sur les « postes d'étage » (ménage) alors que d'autres sont plus présentes en cuisine. En cuisine, le travail se fait sous l'autorité du chef cuisinier. Formé dans la restauration haut de gamme, ce dernier est très attentif à continuer à « *faire de la cuisine à Montfort* », à sélectionner lui-même ses fournisseurs et dénonce les stratégies d'externalisation systématique mises en place dans d'autres établissements. Pour lui, la polyvalence a clairement des dimensions régressives :

« Depuis qu'on est arrivé ici [dans les nouveaux locaux] cela a changé, ils ont amené une chose que je trouve nulle ça s'appelle la polyvalence alors ça c'est un grand mot mais le problème tout le monde ne peut pas faire tout, et bien, on est rendu en salle à 3 filles qui savent vraiment servir les autres viennent d'un peu partout elles vont aux étages au petit déjeuner... »

Le service est pourtant vu comme une tâche essentielle :

« Je vais vous expliquer la cuisine et la salle sont mari et femme, ce que vous faites en cuisine cela doit être mis en valeur, ça doit être saccagé cela doit être mis en valeur alors parfois il y a des filles qui savent mettre en valeur et parfois non ».

La mise en place de la polyvalence conduit donc les ASH à travailler à épisode régulier sous l'autorité du cuisinier. Elles sont, lors du passage en cuisine, évaluées à l'aune d'un autre référentiel professionnel, particulièrement exigeant à Montfort comme on vient de le voir, et qu'elles ne connaissent pas. On comprend mieux, dans ces

conditions, pourquoi certaines ASH, après un premier passage en cuisine, rechignent désormais à la polyvalence et demandent à rester sur les tâches classiques de ménage dans les étages.

L'absence du management de proximité

Plus largement, la question de la polyvalence permet d'aborder le problème de la reconnaissance et même de la visibilité du travail des ASH dans la structure. En effet, si la polyvalence conduit à soumettre les ASH à de nouvelles « juridictions du travail » qui vont porter depuis un autre référentiel professionnel un regard critique sur leur activité, le cœur du métier des ASH semble lui aussi soumis à des autorités de substitution. La directrice de la maison, qui a beaucoup investi sur la remise à plat des plannings et des fiches de poste des ASH, est en revanche beaucoup moins présente dans le suivi et l'animation du travail au quotidien. Son bureau est au rez-de-chaussée de l'établissement, c'est-à-dire éloigné du lieu d'exercice de l'activité des ASH (les étages), elle n'assiste pas aux transmissions quotidiennes qui pourraient la conduire à « monter dans les étages » et ses activités de direction l'obligent à un certain nombre d'activités extérieures de représentation ainsi qu'au montage de dossiers lourds (tutelles, gestion, projet d'établissement...) qui l'éloignent du travail de son équipe.

L'absence de la directrice est un élément récurrent des entretiens réalisés avec les ASH. Elle développe au sein de l'équipe le sentiment que leur travail compte pour peu, que ses difficultés sont ignorées tout comme le sont les efforts déployés pour les vaincre :

« Mme XXX reste dans son bureau, on la voit très très peu... »
(ASH)

« On la voit pas assez je trouve ça dommage, parfois c'est embêtant d'être trop proche, quand on a un directeur qui est trop envahissant parfois c'est embêtant mais un directeur qui s'occupe pas ou peu c'est embêtant aussi (...). Parce qu'il faut se rendre compte des difficultés, parce que là, je ne sais pas si Mme XXX, se rend compte du boulot, du travail, des gens comme ils sont. Je n'ai pas l'impression qu'elle se rend compte, de l'état des gens (...). Elle ne vient jamais, jamais... » (ASH)

Par contraste, la figure du directeur intérimaire, qui a remplacé la directrice actuelle lors de son congé de maternité, est très présente dans la mémoire de l'équipe. Les « petites histoires » racontées à son propos par les ASH mettent toutes en avant ses talents de manager. Même si

celles-ci relèvent d'une réalité magnifiée, peut-être largement réinventée par comparaison avec la situation actuelle, elles sont intéressantes par ce qu'elles disent des attentes des ASH. Celles-ci réclament une présence de proximité, dans le travail, qui permettrait de régler les petits problèmes du quotidien. Elles demandent aussi à ce que leur travail soit regardé et évalué.

« Le matin il faisait son tour, pour voir si tout était nickel, pour voir s'il n'y avait pas eu de souci. Il allait voir le cahier s'il y avait un souci, donc il voyait tout de suite si on avait eu un souci » (ASH)

« M. XXX il venait une fois dans la semaine, à 10 heures au café pour nous dire les choses, ce qui n'allait pas, ce qu'il faudrait mieux faire, c'était génial. Même si c'était des choses négatives, c'était aussi pour que nous on s'améliore » (ASH).

C'est finalement un véritable retour du management dans le travail que les ASH appellent de leurs vœux. La situation actuelle les laisse seules face aux contraintes de l'activité réelle et les efforts réalisés pour y faire face demeurent invisibles. Pire, en l'absence d'un management de proximité, elles sont livrées à des managers de substitution, porteurs d'une autre expertise et d'autres contraintes. C'est le cas, on l'a vu, du cuisinier mais c'est aussi le cas au quotidien de l'infirmière. Seule hiérarchique présente dans les couloirs, celle-ci prend en partie en charge le travail de régulation et de surveillance du travail des ASH même si elle n'est formellement responsable que des personnels soignants. De même, certaines aides soignantes interviennent également dans le travail des ASH, imposant un ordre de passage dans les chambres ou interrompant leur activité. Elles ont pour cela toute l'autorité donnée par la possession de l'information médicale, qu'elles obtiennent lors des réunions de transmissions ou par consultation du cahier de transmission, et dont les ASH sont totalement exclues — les ASH ne participent pas aux transmissions et n'ont pas accès au cahier de transmission, de manière « à préserver le secret médical » (AS).

A l'extrême, l'absence d'informations médicales conduit les ASH à effectuer certains gestes sans que ceux-ci ne revêtent pour elles de signification précise. Au cours des séquences d'observation *in situ*, nous avons pu assister par exemple aux activités de changement des draps. Les ASH travaillent à main nue dans la grande majorité des chambres, mais mettent des gants avant d'entrer dans certaines. Interrogées sur cette pratique, les deux ASH que nous suivions ont été

incapables de nous expliquer en quoi le port de gant était ici justifié ; elles n'avaient pas l'information médicale.

4.3. Les AS de Montfort : entre régulation de contrôle et autorégulation assistée

Un travail difficile faisant l'objet d'une intensification

Comme on l'a vu, le travail des AS et des ASH est particulièrement cloisonné à Montfort. Or, si le management d'équipe et l'ambiance de travail présentent des différences significatives entre les deux équipes, le travail des AS est soumis à une pénibilité très similaire à celle des ASH, contraintes peut-être accrues par une intimité plus grande avec le patient et un travail directement sur le corps du résident. Exposées aux soins quotidiens sur des corps usés, elles sont confrontées à des changes souillés, des soins intimes ou même à la violence des résidents.

Les personnes âgées sont perçues comme demandeuses d'une grande réactivité. *«Psychologiquement vous savez les retraités, les personnages âgés, sont très demandeurs il faut être partout, ils appellent c'est tout et tout de suite, comme des enfants. Oui, pour prévenir aussi, c'est comme des enfants. Et il y a aussi les personnes qui sont assez dures parfois, il faut faire attention »*

Cette exigence peut devenir violence morale notamment avec la maladie. *« On voit la dégradation des gens, quand ils ont Alzheimer qu'ils vous insultent, ' tu m'as piqué ça ' ils ne se rappellent pas que c'est eux qui ont caché la chose et nous traitent de voleuse, c'est encore plus dure. »*. Cette pression continue faite d'exigence et de violences morales au quotidien peut se prolonger par de la violence physique : *« quelques uns nous frappent »*, indique une AS.

Les soins devraient ainsi parfois être effectués en équipe pour se protéger. Or, avec l'intensification du travail, il est rare de pouvoir travailler en équipe. Cette intensification, outre la réactivité mentionnée plus haut, évoque nettement le travail en milieu industriel : répétition des tâches, temps limité, rythme contraint, sollicitations multiples :

- *«maintenant on a un certain quota de personnes à faire on n'a pas le temps de parler à la personne, on n'a pas le temps on passe d'une personne à l'autre, c'est le travail à la chaîne, c'est l'usine c'est comme ça que je le vois ! »*

- *« quand j'ai commencé à travailler, c'était très familial, maintenant c'est vraiment l'usine »*

- *« on court toute la journée, il faut être partout à la fois, tout le monde nous appelle »*

Par ailleurs, si l'on peut constater dans l'industrie des proportions importantes de personnes en travail précaire, il est ici possible d'être dans des postes de remplacement pendant plus de 10 ans et parfois pour des durées hebdomadaires très faibles. Or, si le temps plein est rare, il ne s'agit pas uniquement du morcellement du travail mais de la difficulté à tenir. La seule personne à temps plein a finalement préféré *« laisser du temps car elle n'arrivait pas à suivre »*. Aussi l'inquiétude quant à la santé est bien présente : *« cela me fait peur, au niveau santé, déjà au niveau du dos, on sollicite beaucoup notre dos »*.

Un travail mieux guidé

Lorsqu'elles évoquent l'évolution du travail, les AS parlent des travaux qui pendant trois ans ont été pénibles. Mais elles apprécient d'avoir aujourd'hui des locaux mieux adaptés qu'avant : *« c'est une évolution positive, pour nous pour le travail, ce sont des grandes pièces et pour les pensionnaires, c'est une vie plus agréable »*. Comme dans l'EH Villefleuve, on peut ainsi observer des locaux dont l'ergonomie a été pensée pour faciliter les gestes et minimiser les efforts.

Les AS insistent cependant davantage sur les changements au niveau du management et qui les différencient de celui des ASH : planning, fiches de poste, cahier par étage, bips ciblés (*« avant on se déplaçait automatiquement car on ne pouvait pas communiquer donc avant on arrivait à 2 sur une intervention alors qu'une aurait suffit »*)... Elles indiquent, à ce niveau, une vraie satisfaction : *« le travail est mieux défini », « on a amélioré les choses », « il y a moins de perte de temps, de stress »*...

La création en 2002 du poste d'infirmière coordinatrice, dédiée aux AS, est fréquemment associée à cette meilleure structuration, témoignant, antérieurement, d'un déficit de gestion et de management : *« c'est bien qu'il y ait quelqu'un qui nous cadre », « il y a eu une bonne évolution, donc c'est bien : on est bien cadré », « l'infirmière quand elle a quelque chose à dire, elle le dit, au moins c'est clair »*. L'infirmière est à mi-temps sur les tâches de coordination et à mi-temps sur les soins.

Cette organisation du travail, somme toute classique, s'est également accompagnée de l'organisation de temps et de lieux de discussion.

Des lieux de réunion et d'ajustement mutuel dans une bonne ambiance de travail

Les AS disposent de deux lieux dédiés : l'infirmierie et un bureau à côté qui sert une demi-journée par semaine au médecin référent, le reste du temps aux pauses. Ces deux bureaux, situés dans les étages au cœur du lieu d'exercice de l'activité, ne sont pas ouverts aux autres catégories de personnel (en particulier les ASH) car y sont évoqués et inscrits de multiples éléments à caractère médical. Le cahier de transmission, objet mystérieux tant convoité par les ASH, est le support ou même le prétexte à de multiples échanges : à 6h55 entre la veilleuse de nuit et l'équipe du matin, à 10h15 avec prolongement par une pause café, à 14h00 avec l'agent de l'après midi. L'infirmière coordinatrice comme les AS sont très présentes dans ces bureaux qui fonctionnent comme un véritable carrefour pour l'équipe.

Nos observations révèlent que c'est notamment lors de ces réunions de milieu de matinée que se débattent et se décident un ensemble de « solutions de travail ». Celles-ci peuvent concerner un problème ponctuel : comment arbitrer par exemple entre les nécessités du soin (Mme X, de plus en plus dépendante, souhaite prendre ses repas en chambre mais l'équipe sait que l'on risque ainsi d'aggraver ainsi sa dépendance) et les contraintes de l'organisation (continuer de l'accompagner au restaurant nécessite plus de temps et plus d'attention) ? Les solutions de travail débattues peuvent aussi conduire à la mise en place de solutions à caractère plus structurel qui pourront être réutilisées pour d'autres situations de coordination, pour nourrir de futures discussions (la mise en place de cahiers d'information par étage).

Enfin, l'organisation du travail et les habitudes, permettent aux AS de manger ensemble le midi (ce qui n'est pas le cas pour les ASH) : *« la plus agréable [parmi les pauses] est celle du midi, là vraiment on décompresses, on parle de tout du boulot, de pas mal de choses... »*

A la recherche de l'équilibre entre proximité, régulation et discussion

S'il y a bien ici la possibilité d'ajustements mutuels (contrairement aux ASH), il n'y a pas non plus un sentiment d'abandon, ni d'épuisement dans les régulations autonomes (EH). C'est justement l'un des points que l'infirmière coordinatrice avait identifié et auquel elle a souhaité remédier : « *chacun était en électron libre dans son fief, tout le monde travaillait seul* » ou encore « *personne ne s'occupait vraiment du planning ou alors c'était les secrétaires, les filles elles passaient leur temps en bas à négocier leurs jours leurs vacances* ». Ce point de vue est partagé par les AS elles-mêmes : « *avant, tout le monde faisait ce qu'il voulait* ». De plus, il y avait aux yeux des acteurs une culture du silence et de la non-remontée des informations qui permettait à quelques leaders informels d'avoir une certaine mainmise voire emprise sur le personnel (situation décrite encore aujourd'hui chez les ASH).

Le personnel exprime beaucoup de satisfaction à ce que l'infirmière coordinatrice gère les questions de plannings. D'autant plus que cela ne se fait pas sans concertation ou même négociation : « *c'est elle qui s'occupe de recruter, qui nous appelle si on a besoin d'un remplacement, si on a besoin d'un congé on lui demande, s'il reste un congé, c'est elle qui s'occupe de tout ça*. » Et même si c'est parfois désagréable, elles louent le fait d'avoir un manager présent sur le terrain qui peut en continue intervenir sur le travail : « *si [l'infirmière coordinatrice] a quelque chose à dire elle le dit. Elle ne va pas y aller par quatre chemins, elle ne va pas essayer d'envelopper les choses, elle le dit. Donc on le sait*. »

5. Discussion

Nos deux études de cas font apparaître trois modes de régulation du travail très différents au sein des établissements étudiés. A chaque type de régulation sont associées des performances en termes de bien-être et de santé des salariés très contrastées.

Pour la clarté de cette synthèse, retenons comme premier modèle de régulation celui de l'équipe des ASH à Montfort. Nous proposons d'appeler ce premier modèle de régulation, le « modèle du travail

silencieux ». C'est en effet l'absence totale de lieu institutionnalisé de communication sur le travail qui frappe tout d'abord l'observateur de l'activité des ASH. Celles-ci sont exclues des transmissions quotidiennes réservées au personnel soignant et n'occupent pas la salle de pause qui leur est réservé. Contraintes à se coordonner quand même avec le personnel soignant dont elles partagent le lieu d'activité, la coordination se fait beaucoup plus sur le mode hiérarchique de l'injonction que sur celui dialogique de la discussion et de la recherche de solutions communes. En l'absence de toute information médicale, les ASH n'ont pas d'autre choix que d'accepter la tutelle des soignants dans la coordination de l'activité. Par ailleurs, l'absence du management de proximité rend extrêmement difficile la détection et la résolution des problèmes du travail concret. A l'extrême et comme l'expriment bien les ASH, ceux-ci sont invisibles au management et l'effort réalisé pour y faire face n'est pas reconnu. C'est ici la dynamique de la reconnaissance (Dejours, 2005, p. 222-223) qui est grippée dans ses deux dimensions de (1) constat, la contribution des acteurs à l'organisation du travail n'est pas reconnue, et de (2) gratitude, leur contribution, largement ignorée, ne fait l'objet d'aucune forme de rétribution, ni symbolique ni matérielle.

L'absence d'espace de parole sur le travail ne permet donc ni la reconnaissance ni même la révélation des problèmes de l'équipe. A cet égard, et si le problème de harcèlement qu'a connu l'équipe a été réglé pour un temps par la sortie de l'entreprise de la personne harcelante, les conditions de possibilité du harcèlement sont toujours réunis : absence du management et absence de lieux de communication sur le travail. En termes de bien-être au travail, ce modèle du travail silencieux conduit à différentes formes de stratégies de retrait des ASH : absentéisme, inaptitude, volonté de quitter la structure des 2/3 de l'équipe, ambiance de travail dégradé (54% des ASH jugent l'ambiance de travail indifférente ou tendue)...

Le deuxième modèle de régulation nous est donné par les équipes de l'EH Villefleuve. Nous proposons de nommer ce modèle, le « modèle de l'épuisement dans la régulation autonome ». Il s'agit d'un modèle dans lequel l'encadrement supérieur a tenté de formaliser des espaces de discussion mais ces derniers ne sont pas investis par les acteurs de la structure. Construits autour de thématiques trop éloignées du quotidien des acteurs (le projet d'établissement par exemple), ils accueillent une

communication de type monologique (simple transfert d'information de la direction) et les acteurs n'y participent pas. La régulation du travail concret est laissée aux couloirs dans un contexte de très faible division du travail entre AS-IDE et ASH, et sans soutien du management de proximité, retenu dans son bureau par l'incessant travail de constitution des plannings et les tentatives de formalisation du travail. La régulation de l'activité concrète est donc laissée aux « équipes » qui sans cesse en recomposition ne peuvent construire de compromis ou de solutions stables aux problèmes rencontrés. Ce mode de régulation suscite chez les acteurs un sentiment d'épuisement, générateur de tensions parfois fortes à l'intérieur de l'équipe et d'un très fort turn-over. Il montre à quel point la coordination par ajustement mutuel ou par régulation autonome, loin de s'opposer à tout travail de normalisation, suppose une mise en forme de l'espace au sein duquel elle se déploie.

Comparativement aux deux premières situations, le fonctionnement de l'équipe des AS de Montfort renvoie à un modèle que nous proposons de nommer le « modèle de l'organisation de la discussion ». C'est un modèle dans lequel semble s'équilibrer un certain niveau de prescription du travail, qui permet de ne pas avoir à ré-agencer l'ensemble des activités au quotidien, et l'existence d'espaces de régulation qui permettent aux acteurs de se saisir des imprévus et des aléas du travail réel. La discussion du travail quotidien est organisée et équipée : réunion deux fois par jour pour les transmissions, tenue du cahier de transmission, lieu de réunion à proximité du lieu d'exercice de l'activité, forte implication de l'encadrant de proximité qui anime ces réunions et est présent dans l'activité quotidienne... Ces espaces de discussion mettent les soignants en position de dominer le travail aux plans cognitif (connaissance de l'activité et apprentissage collectif), identitaire (définition et renforcement du collectif) et politique (maîtrise de l'information et des zones d'incertitude pertinentes) ce qui leur permet de faciliter leur coordination et de donner du sens à l'activité (Sardas, 2004) comme de reporter une partie des contraintes d'ajustement sur les ASH. Ce modèle de régulation génère ici un fort attachement à l'équipe et une forte coopération qui permettent de faire face aux exigences du travail. L'ambiance de travail est jugée correcte ou conviviale par 100% des personnels et seuls 14% d'entre eux expriment un souhait de mobilité. L'absentéisme est faible et les inaptitudes inexistantes.

Tableau 2 - Modes de régulation du travail et bien-être

ASH Montfort	ASH/AS EH Villefleuve	AS Montfort
« Le travail silencieux »	« L'épuisement dans les régulations autonomes »	« L'organisation de la discussion »
66% changeraient de travail si elles le pouvaient	66 % changeraient de travail si elles le pouvaient	14% changeraient de travail si elles le pouvaient
46% des ASH jugent l'ambiance de travail correcte ou conviviale 54 % tendue ou indifférente	67,5 % des personnels jugent l'ambiance de travail correcte ou conviviale 32,5% tendue, indifférente ou exécration	100% des AS jugent l'ambiance de travail correcte ou conviviale
Fort absentéisme, inaptitudes, harcèlement interne à l'équipe, une tentative de suicide	Absentéisme record, surtout absences inopinées, des gifles ont été échangées	Faible absentéisme, pas d'inaptitude

Ces deux études de cas mettent en lumière les liens existants entre le bien-être et la santé des salariés au travail et les formes de régulation de l'activité concrète. Lorsque celle-ci est empêchée et que les tensions du travail quotidien ne peuvent être ni exprimées ni dépassées, les salariés font face seuls aux contraintes de l'activité. Plus les contraintes s'accroissent, sous l'effet des transformations organisationnelles ou de réductions budgétaires par exemple, plus le sentiment d'abandon devient grand et les effets sur la santé des salariés importants. La faible prise en charge par le management des tensions qui se font jour dans le travail quotidien rejaille donc négativement sur la santé des salariés. Ce constat en met en valeur un autre : les liens avec les personnes âgées, souvent décrit par la littérature comme source de tension et difficultés,

rejoignant en cela nombre de travaux sur la relation de service, notamment en front-office, ne sont pas vécus comme la source essentielle de difficultés. Ce point est congruent avec d'autres travaux (Bancel-Charensol, Jougleux, 2004 ; Taillandier Bouveresse, 2009) mettant en avant la part revenant au management et l'outillage de gestion dans l'équation du stress des salariés en relation de service. Ainsi, dans les cas étudiés, l'entrée par les usagers pour expliquer les difficultés ressenties par les salariés se révèle être beaucoup moins pertinente qu'une approche centrée sur le management et les modes de régulation qu'il est capable (ou non) d'instituer.

De la même manière, ces études suggèrent à quel point le management, et singulièrement le management de proximité, peut jouer un rôle essentiel dans l'ouverture et l'animation d'espaces de discussion du travail. En effet, dans les situations étudiées, ce n'est pas l'omniprésence du management qui pose problème mais bien plutôt son absence, son éloignement et parfois sa méconnaissance des contraintes de l'activité. Les salariés appellent de leurs vœux un retour du management dans le travail, y compris dans ses dimensions de contrôle et d'évaluation, plutôt qu'un relâchement du lien hiérarchique. Dans cette perspective, il nous semble qu'Ughetto (2007, p. 99) voit juste lorsqu'il écrit que « *les pénibilités, les souffrances du travail et du travailler contemporain, si elles sont une réalité, indiquent moins le contrôle exercé par les employeurs que leur manque de maîtrise des processus d'organisation de l'activité* ». Ainsi, la recherche souligne que, loin de certains discours comminatoires mettant en cause les formes du management contemporain dans l'accroissement des maux subjectifs au travail, c'est bien souvent l'absence de management, plutôt que sa trop grande présence, qui fait problème et met les salariés en échec.

Dans le même temps, nos études montrent bien les difficultés liées à l'ouverture de ces espaces de discussion au niveau local. Discuter dans et sur le travail suppose une ingénierie spécifique, un positionnement, un outillage et des modes d'animation de la discussion visant à structurer l'espace au sein duquel elle se déroule (Detchessahar, 2001, 2003). Dans cette perspective, l'espace de discussion apparaît bien comme un agencement organisationnel spécifique (Girin, 1995), c'est-à-dire une combinaison de ressources hétérogènes qui réalise la coordination de l'activité. L'efficacité de ces

espaces pose la question de la combinaison des ressources humaines (quels individus avec quels liens entre eux ?), des ressources matérielles (quel agencement de l'espace ? quels objets ou machines ?) et des ressources symboliques (outils de gestion, procédures...) de nature à soutenir un rapport dialogique au travail. Elle pose aussi la question du mandat qui a été confié à cet agencement et de la façon dont les directions ont déterminé son agenda (quels sont les thèmes traités ? avec quelle possibilité de travail de ces thèmes et de remontée de thèmes alternatifs ?). Le simple appel à la discussion ne suffit pas bien sûr au bon déploiement des dynamiques discursives.

A cet égard, l'exemple de l'EH Villefleuve est tout-à-fait éclairant. Les cadres de santé ont tenté d'engager la discussion sur le travail avec les personnels et pourtant les groupes de travail sont désertés et ne produisent pas les effets attendus. Ouverts autour de thématiques trop éloignées de l'activité quotidienne (le projet d'établissement), animés par des cadres absents du travail réel et en position de « distorsion communicationnelle » vis-à-vis des personnels (Dejours, 1998), et se réunissant à un rythme déconnecté de la temporalité des problèmes du travail, ces espaces de discussion ont été désertés car ils ne permettaient pas au personnel d'avoir prise sur les contraintes de l'activité. A l'extrême, ils constituaient eux-mêmes une contrainte complémentaire s'ajoutant au flot de l'activité quotidienne.

A l'inverse, le type de régulation du travail mis en place au sein de l'équipe des AS de Montfort permet d'apercevoir les bases d'une structuration pertinente de la discussion. La discussion se noue autour des problèmes du travail concret, en un lieu bien repéré et situé au cœur de l'activité, à une fréquence correspondant à la temporalité du travail et elle est animée par un encadrant de proximité connaissant les contraintes du travail réel.

Conclusion générale

Les trois modes de régulations que nous avons distingués – le « travail silencieux », « l'épuisement dans les régulations autonomes » et « l'organisation de la discussion » –, conduisent à mettre en exergue des contextes de coopération différents dont les effets rejaillissent autant sur la façon dont l'activité est menée que sur la façon dont les

acteurs construisent leur santé au travail. Si nos observations s'inscrivent dans la continuité de travaux montrant l'importance, dans le travail, des phénomènes de régulations autonomes (Reynaud, 1988), d'ordre négocié (Strauss, 1978) ou d'espaces de discussion (Detchessahar, 2001), il apparaît clairement, parmi d'autres conditions, que ces espaces doivent être associés à des régulations de contrôle qui les équipent, leur donnent du sens et *in fine* les rendent possible. Ceci signifie que la discussion ne se déploie pas sur un fond social non structuré mais qu'elle doit être au contraire soutenue (par le management), nourrie (par des systèmes d'information *ad hoc*) et outillée (par des outils locaux de pilotage de l'activité). Discuter, au niveau opérationnel, des difficultés, contradictions et impossibilités de l'activité suppose une véritable ingénierie de l'espace au sein duquel la discussion doit avoir lieu.

En ce sens, la mise en lumière de l'importance des dynamiques communicationnelles au niveau local ne conduit pas à une nième exhortation au développement d'un management plus « participatif », mais bien à un appel à une attention approfondie aux modes de régulation concrets que l'organisation du travail et, bien sûr, le management font émerger. On constate notamment à quel point certains modes de management « participatif », loin de protéger les acteurs des différentes formes de souffrance, accroissent le sentiment de stress et le mal-être des salariés. C'est le cas notamment à Villefleuve où les espaces de discussion sont positionnés trop loin de l'activité et sur des questions qui ne concernent pas le quotidien du travail. Ces espaces ne permettent pas de desserrer les contraintes, de « soigner le travail » (Clot, 2006, p.18) et ils sont finalement désertés par les acteurs.

Cette recherche incite à poursuivre les investigations sur l'outillage gestionnaire et les modes d'animation des espaces de discussion de manière à ce que les salariés puissent s'y reconnaître, s'y investir et y construire des réponses à leur souffrance et à leur mal-être au travail. Une des perspectives d'approfondissement fructueuse est certainement à rechercher du côté des travaux en psychologie du travail notamment. Si la recherche en management anglo-saxonne a récemment réalisé son « tournant linguistique » (Alvesson, Kärreman, 2000), et cela avec une bonne dizaine d'années de retard sur les travaux francophones qui avaient déjà repéré la place essentielle du langage et de la parole dans les organisations (Girin 1982, 1990, Chanlat, Bédard, 1990), la

recherche en psychologie clinique s'interroge de longue date, non seulement sur la place et le rôle de la parole dans les organisations, mais aussi sur de possibles ingénierie de la parole dans et sur le travail. Les différentes ingénieries proposées, par la clinique de l'activité (les entretiens en auto-confrontation croisée par exemple (Clot, Faïta, 2000), par la psychopathologie du travail (les espaces de discussion de Dejours, 2005) ou même par la socio-psychanalyse (les groupes homogènes de Gérard Mendel, 1993) devront faire l'objet d'un rapprochement serré avec ce que nous avons proposé d'appeler des espaces de discussion.

Bibliographie

- Alvesson M. et Kärreman. D. (2000), « Taking the Linguistic Turn in Organizational Research. Challenge, Responses, Consequences », *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 36, N°2, pp. 136-158.
- Askenazy P. (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil/République des idées.
- Askenazy P. et al. (2001), *New Organizational Practices and Working Conditions: Evidence from France in the 1990's*, Paris, CEPREMAP, Ecole normale supérieure, Paris.
- Bancel-Charensol L. et Jouglaux. M. (2004), « L'impact des outils de gestion sur le travail en front office », *Travail et Emploi*, n°99, p. 81-97.
- Bouffartigue, P. et Bouteiller J. (2003), « Jongleuses en blouse blanche? La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », Paris.
- Bué J., Coutrot T. et al. (2007), « Conditions de travail: une pause dans l'intensification du travail », *Premières synthèses DARES*, Janvier(01.2), pp. 1-7.
- CAS (2006), *L'EHPAD pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique (Tome 1 et 2)*, Paris, Centre d'Analyse Stratégique(CAS)/Fondation Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- Castra M. (2004), « Faire face à la mort: réguler la bonne distance soignants-malades dans les unités de soins palliatifs », *Travail et emploi*, Janvier(97), pp. 53-64.
- Chanlat A. et Bédard R. (1990), « La gestion, une affaire de parole », in Chanlat J-F. (dir), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Pul/ ESka

- Chanlat J-F. (1999), « Nouveaux modes de gestion, stress professionnel et santé au travail », pp. 29-61 in Brunstein I., *L'homme à l'échine pliée*, Desclée de Brouwer.
- Cintas C. (2003), « NFOT et tensions sociales: vers de nouvelles problématiques de GRH », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°50, pp. 57-76.
- Clot Y. (2006), « Après le Guillant, quelle clinique du travail ? », pp. 7-36 in Le Guillant L., *Le drame humain du travail*, Eres.
- Clot Y. et Faïta D. (2000), « Genres et styles en analyse du travail. Concept et méthodes », *Travailler*, 4 : 7-42.
- Coutrot T. (1998), *L'entreprise néo-libérale, nouvelle utopie du capitalisme?*, La Découverte.
- Dares (2006), Enquête SUMER: Présentation et principaux résultats.
- Daubas-Letourneux V. et Thébaud-Mony A., (2003), « Organisation du travail et santé dans l'Union européenne », *Travail et emploi*, n°96, pp. 9-33.
- Dejours C. (1998), *Souffrance en France - La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- Dejours C. (2005), *Travail, Usure mentale*, Bayard, Nouvelle édition augmentée.
- Detchessahar M. (2003), « L'avènement de l'entreprise communicationnelle: outil, problèmes et politique d'accompagnement », *Revue française de gestion*, janvier-février.
- Detchessahar M. (2001), « Le dire et le faire. Contribution à l'étude des nouvelles formes d'organisation », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°39, janvier - février - mars 2001, pp. 43-56.
- Dhaoudi. I., El Akrami. A., Igalens. J. (2008), « Une analyse critique du management par la qualité totale », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°67, pp. 2-22.
- Girin. J. (1990), « Problème du langage dans l'organisation », in Chanlat. J-F (dir), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Pul/ ESka.
- Girin. J. (1995), « Les agencements organisationnels », in Charue-Duboc F (dir), *Des savoirs en action*, L'harmattan.
- Glaser B. G. et Strauss A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Weidenfeld and Nicolson.
- Gollac, M. (2005), « L'intensité du travail: formes et effets », *Revue économique*, 56(2).
- Gollac M. et Volkoff S. (1996), « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114(1), pp. 54-67.

- Karasek, R. (1979), « Job Demands, Job Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-308.
- Karasek, R. Theorell T. (1990). *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books.
- Loriol, M. (2003), « La construction sociale de la fatigue au travail: l'exemple du burn out des infirmières », *Travail et emploi*, Avril(94), pp. 65-73.
- Mendel. G. et al. (1993), *Vers l'entreprise démocratique. Le récit d'une expérience pionnière*, La Découverte.
- Raveyre, M. et Ughetto, P. (2006), « 'On est toujours dans l'urgence': surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'insatisfaction au travail », in Askenazy P., de Coninck F. et Gollac M., *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès Editions, pp. 121-128.
- Reynaud, J.-D. (1988), « Les régulations dans les organisations: régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, XXIX, pp. 5-18.
- Reynaud, J.-D. (1989), *Les règles du jeu - L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.
- Sardas J.C. (2004), « Dynamiques identitaires et transformations organisationnelles », in H. Poltier, A.M. Guenette, A.M. Henchoz (eds.), *Travail et fragilisation*, Payot.
- Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high effort low-reward conditions », *Journal of occupational health psychology*, 1.
- Strauss A. (dir.) (1992), *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan.
- Strauss A. (1978), *Negotiation : varieties, processes, contexts and social order*, Jossey Bass, San Fransisco.
- Taillandier-Bouveresse L. (2009), *Le stress professionnel des salariés en relation de service client : les modes de management en question*, Thèse de doctorat de l'Université de Paris IX - Dauphine.
- Terssac (de), G. (1992), *L'autonomie dans le travail*, Paris, PUF.
- Terssac (de), G. (2003), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, La Découverte.
- Tertre C. (2005), « Services immatérielles et relationnels: intensité du travail et santé », *@ctivités*, 2(1), pp. 37-49.
- Ughetto P. (2007), *Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions de travail et management*, Paris, Editions de l'ANACT.
- Uhalde M. (2005), « Crise de modernisation et dynamique des identités de métier dans les organisations », *Revue de l'IRES*, 47(1), pp. 135-154.
- Uhalde M. (2007), « Quand gestion rime avec confusion », *Sciences Humaines* (179), pp. 42-45.

Valeyre A. (2006), *Conditions de travail et santé des salariés de l'Union Européenne: des situations contrastées selon les formes d'organisation*, Document du travail du Centre d'Etude de l'Emploi, n° 73.

Zarifian P. (1995), *Le travail et l'événement. Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle*, Paris, L'Harmattan.

Zannad H. (2008), « La GRH dans les projets industriels », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, avril-mai-juin, pp.49-65.