

**TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS ET SANTE DES SALARIES :
PROPOSITION D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE**

C. CLERGEAU

Université de Nantes

Mathieu DETCHESSAHAR

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion

Chemin de la Censive du Tertre - BP 52231

44322 Nantes Cedex 3

02.40.14.17.58

mathieu.detchessahar@univ-nantes.fr

M. DEVIGNE

Ecole des Mines de Nantes

Jean -Paul. DUMOND

Ecole Nationale de la Santé publique

Lionel HONORE

Université de Nantes

Benoît JOURNE

Université de Nantes

Résumé :

La question de la santé au travail est devenue un enjeu de société important mêlant des questions de santé publique et de performance économique et sociale des organisations. De nombreux travaux, notamment nord-américains, insistent sur les dimensions individuelles du phénomène et sur l'impact d'une dégradation globale de la santé au travail en fonction des caractéristiques des travailleurs : âge, sexe, niveau de qualification, secteur d'activité, emploi... En revanche, les déterminants proprement organisationnels de la santé au travail s'ils sont fréquemment évoqués sont rarement analysés de manière suffisamment détaillée pour que l'écheveau de processus qui compose une organisation puisse être mis en rapport avec la construction de la santé au travail. Ce texte présente la problématique et la méthodologie d'un programme de recherche autour des déterminants organisationnels et managériaux de la construction de la santé au travail dans un contexte de transformation des organisations. Cette problématique fait une large place à l'étude des contradictions et paradoxes du travail qui se font jour avec une particulière acuité en période de changement et à la capacité des organisations à développer des modalités de management de ces contradictions au travers de l'animation des processus de communication.

Mots-clés : santé, transformation des organisations, contradiction, paradoxe, communication, espaces de discussion

La question de la santé au travail est devenue un enjeu de société important mêlant des questions de santé publique et de performance économique et sociale des organisations. De nombreux travaux, notamment nord-américains, insistent sur les dimensions individuelles du phénomène et sur l'impact d'une dégradation globale de la santé au travail en fonction des caractéristiques des travailleurs : âge, sexe, niveau de qualification, secteur d'activité, emploi... En revanche, les déterminants proprement organisationnels de la santé au travail s'ils sont fréquemment évoqués sont rarement analysés de manière suffisamment détaillée pour que l'écheveau de processus qui compose une organisation puisse être mis en rapport avec la construction de la santé au travail.

Au delà des restructurations et des suppressions d'emploi dont les effets sur les trajectoires et les identités professionnelles constituent un coût social et individuel reconnu, ce sont plus généralement les transformations des systèmes de gestion du travail qui interrogent chercheurs et praticiens, associés à ce programme de recherche, sur leurs impacts en matière de santé. Dans tous les secteurs d'activité, les organisations ont connu des transformations radicales au cours des vingt dernières années. Mondialisation, hyper-compétition (d'Aveni, 1995), bouleversements technologiques, rétrécissement de l'horizon économique, fluctuations de la demande sont autant de facteurs environnementaux qui ont conduit les économies à penser de nouvelles organisations du travail et de nouvelles formes de rationalisation dont les conséquences en termes d'intensification cognitive du travail, de nouvelles formes de prises de responsabilité ou de transformations des relations d'emploi sont aujourd'hui avérées. Ces transformations sont perçues souvent comme un facteur de risque de dégradation de la santé des salariés, dégradations dont la manifestation la plus souvent évoquée serait le stress. Comme le soulignent Cox, Randall et Griffiths (2002, p.1) à propos du stress, « même s'il ne fait aucun doute que des facteurs individuels et personnels interviennent dans l'équation du stress comme pour toutes les questions de santé et de sécurité au travail, les causes du stress au travail résident souvent dans l'organisation du travail, l'environnement de travail et la structure organisationnelle ».

La question de l'impact direct de ces nouvelles pratiques sur la santé au travail ne peut être étudiée en l'état. La démonstration (ou la réfutation) d'une relation causale entre telle pratique de gestion et la dégradation de l'état de santé des salariés qui y sont soumis exigerait que soient maîtrisées les variables de contexte (allant de la conjoncture économique à la taille de l'entreprise, en passant par le secteur d'activité et la technologie) mais aussi les variables individuelles. Par ailleurs, en matière d'organisation, les chaînes de causalité apparaissent plus complexes que celles, déjà sophistiquées, supposées par les premiers essais en matière de psychopathologie du travail dans les années 50. La psychodynamique du travail (Dejours, 1993) a largement montré, de surcroît, le rôle ambivalent du travail au regard de la construction du sujet et la clinique de l'activité (Clot, 1999) a montré les possibilités insoupçonnées de réappropriation par les sujets des contraintes qui leur sont fixées au profit de leur émancipation. Même les enquêtes sur le stress les plus rigoureuses, comme la partie de l'enquête "conditions de travail" qui y est consacrée, peuvent donner lieu à des interprétations divergentes en raison même de la complexité des liens entre les conditions perçues de travail et le sens qu'elles prennent pour les personnes concernées (Dumond, 1992).

Ces processus de subjectivation et d'appropriation de nouvelles règles et contraintes liées au travail dépendent de l'histoire personnelle de chaque individu mais aussi du collectif dans lequel il s'insère. L'organisation en transformation est empreinte de règles et d'outils de gestion qui génèrent un sens au travail et des informations sur le comportement attendu de chaque acteur et chaque groupe d'acteurs. Ainsi les politiques sociales, ou plus généralement

ce qu'il est convenu d'appeler la GRH (politique salariale, évaluation, formation, mobilité, conditions d'emploi etc...) constituent un ensemble de messages adressés aux individus sur ce que l'organisation attend d'eux. Elles définissent en outre les systèmes de rétributions. Or les périodes de transformations des systèmes de travail ne voient pas toujours les règles évoluer au même rythme, les modalités de rétribution s'adapter aux nouvelles contributions demandées, les politiques de formation accompagner le changement, elles voient même l'émergence de paradoxes et de contradictions entre le déploiement de ces nouveaux dispositifs d'organisation et les dispositifs de politiques sociales.

Nous faisons ici l'hypothèse que ce ne sont pas tant les dispositifs d'organisation du travail que les contradictions existant entre ceux-ci et les dispositifs managériaux qui les accompagnent qui peuvent être à l'origine de situations paradoxales, génératrices de tensions qui, dès lors qu'elles ne sont pas gérées de façon appropriée, deviennent un facteur de risque pour la santé au travail.

Le refus d'une lecture déterministe et l'importance des processus de subjectivation nous conduisent donc à analyser la santé au travail comme le résultat d'un processus de construction complexe, au carrefour de l'histoire personnelle de l'individu, de l'organisation des collectifs de travail, et des processus managériaux accompagnant les transformations du travail.

Plus précisément, nous nous interrogeons sur la cohérence entre les nouveaux contenus du travail et la politique sociale de l'entreprise (première partie) et soulignons qu'elle peut parfois faire défaut et générer des tensions et paradoxes dont la gestion, ou plutôt l'absence de reconnaissance et de prise en charge, peut affecter la santé des salariés (deuxième partie). Nous constatons néanmoins, dans la troisième partie, que les organisations peuvent construire des modes de prises en charge de ces contradictions, dont la mise en discussion peut constituer un rempart contre les problèmes de santé au travail. Cette recherche est en cours d'élaboration et la quatrième partie expose notre méthodologie.

1. Transformation des organisations et santé au travail : vers une analyse de la cohérence entre les nouveaux contenus de travail et la politique sociale

Les questionnements sur la problématique de la santé au travail émergent dans un contexte de transformation des organisations qui s'appuie sur une panoplie de « nouveaux » dispositifs d'organisation¹ (équipes autonomes, management de la qualité totale et pratiques d'amélioration continue, polyvalence et polycompétence, assurance qualité, juste-à-temps...) qui tentent de développer des pratiques innovantes de travail mieux à même de répondre aux nouvelles exigences de l'environnement concurrentiel des firmes (Honoré, 2002 ; Detchessahar, 2003 ; Askenazy, Caroli et Marcus, 2001 pour des éléments chiffrés). Ces nouveaux dispositifs d'organisation ont été déployés en partie sur la base de nouvelles technologies exigeant de nouvelles compétences et en déclassant d'anciennes (Geffroy, 2005, 2004). Ce sont donc à la fois de nouveaux contenus de travail, de nouvelles pratiques et de nouvelles compétences auxquels les acteurs sont confrontés.

Sans que les formes traditionnelles de l'intensification du travail ne soient totalement abandonnées (cadences, vitesse d'exécution...), les formes contemporaines de la

¹ Certains de ces « nouveaux » dispositifs renvoient à des concepts qui sont en réalité très anciens, mais dont la diffusion à grande échelle dans les organisations est récente. Les équipes autonomes par exemple renvoient aux écrits de Dubreuil dans les années 1920, et n'ont fait à l'époque l'objet que de peu d'expérimentations, avant de se retrouver au cœur du mouvement de contestation du taylorisme des années 1970 pour connaître enfin un déploiement beaucoup plus général à compter de la fin des années 1980 (Detchessahar, Honoré, 2002).

rationalisation des organisations s'appuient plus spécifiquement sur une intensification cognitive du travail (Clot, 1995 ; Gollac, 2005). En effet, l'individu prend en charge, dans ces nouvelles organisations, des tâches variées supposant des connaissances multiples anciennement portés par différents salariés spécialisés (par exemple, production + qualité + entretien + maintenance...). Il est invité par le management à développer un rapport réflexif, « intelligent » au travail. Cette complexification du travail, notamment du travail opérationnel, se développe dans un contexte de lignes hiérarchiques « allégées » ou « aplaties » qui conduisent à laisser l'opérateur beaucoup plus souvent qu'avant en position d'arbitrage entre les différentes contraintes et objectifs de l'activité. De la même façon, l'évolution des modes de gestion de la relation client conduit bien souvent à placer l'opérateur, seul, et sans médiation, face au client.

Ainsi, les salariés sont de plus en plus confrontés à des situations dans lesquelles ils font face à une plus grande variété des tâches prises en charge (ce qui est en soi vecteur de charge mentale accrue) et à des nécessités nouvelles d'arbitrage. Dans ces situations, ils doivent souvent composer avec des injonctions contradictoires, vecteurs de stress, qui naissent de la difficulté de combiner des objectifs pluriels difficiles à tenir ensemble (coût, délais, qualité, réactivité, respect des procédures...: contraintes économiques, bureaucratiques, marchandes...).

L'argumentaire relatif aux méfaits de cette nouvelle rationalisation productive et des modes de gestion associés tout comme les inconforts produits par ces contraintes chez les individus a été étayé par des enquêtes de terrain (Baudelot & Gollac, 2003, Durand, 2003). La propension à l'utilisation massive des procédures, des recours aux contraintes temporelles des flux, à la résolution rapide, sous injonction, du dilemme prix/ délais/ qualité peut conduire - selon les situations - à des effets de pressurisation, de routinisation, de tronçonnement des tâches. Il semble bien, selon ces trois auteurs, qu'au faisceau de contraintes de production et de gain de compétitivité, les individus répondent par le développement de conduites éparées d'affirmation de soi pour les uns, de craintes pour les autres, de lassitude parfois. On y relève des conduites d'acteurs faites d'autonomie, de résignation, ou d'engagement. Durand (2003, p.371) propose ainsi le concept d' « implication contrainte » afin de qualifier cette réalité fuyante du salariat d'aujourd'hui. Le même scepticisme se retrouve dans la série de monographies qui rendent compte de la discordance dans les temporalités entre les rythmes industriels et tertiaires resserrés, l'intrusion de l'aléa comme indétermination dans le travail (Linhart & Moutet, 2005).

Il importe cependant de considérer que les nouveaux dispositifs d'organisation ne s'accompagnent pas *nécessairement* d'effets négatifs sur la santé au travail, ils peuvent même à l'inverse et sous certaines conditions être facteurs de mieux être pour les travailleurs. Ainsi, l'organisation en équipes autonomes si elle peut se traduire par une intensification du travail importante peut aussi être synonyme de travail plus intéressant et de meilleures conditions pour le salarié (Detchessahar, Honoré, 2002). Il en va de même des pratiques de polyvalence et de rotation sur les postes qui peuvent de manière régressive d'éclater les collectifs de travail et de saper les bases professionnelles de l'activité mais aussi être perçues comme une façon de rompre avec la monotonie du travail et de développer les compétences des salariés.

L'étude récente d'Askenazy (Askenazy, 2004) illustre parfaitement l'ambivalence des effets des nouvelles formes d'organisation sur la santé au travail et rend compte plus particulièrement encore de l'absence de déterminisme de ces nouvelles organisations du travail. Le cas des Etats-Unis est pour cet auteur saisissant : ce pays, à la pointe des formes d'organisation modernes, après avoir enregistré une dégradation des divers indicateurs décrivant les conditions de travail sur la période 1984-1994, connaît une nette amélioration de ces mêmes indicateurs durant la décennie suivante, alors même que les réformes

d'organisation se sont approfondies. Pour l'auteur, les causes de ce phénomène pour multiples qu'elles soient, se résument finalement une seule : le « productivisme réactif » peut provoquer des dégradations en matière de santé, du moins si les entreprises ne sont pas vigilantes à amender les éventuelles désorganisations créées par les nouvelles formes productives et ne parviennent pas à considérer les questions de santé et de sécurité au travail comme des investissements à part entière en matière d'organisation du travail. Comme en témoignent les quelques exemples rapidement développés ici, l'impact des nouveaux dispositifs d'organisation sur la santé au travail est difficilement saisissable, et ne peut être éclairci que par une attention portée aux conditions de leurs mises en œuvres.

Ces réflexions illustrent un résultat bien établi des sciences de gestion et du management selon lequel il n'y a pas de déterminisme simple des outils de gestion sur les pratiques de travail des salariés et plus généralement sur la performance économique et sociale des organisations (Moisdon, 1997). Ces disciplines insistent sur les conditions de l'appropriation des outils de gestion par les acteurs et des logiques de travail dont ils sont porteurs. Une des conditions d'appropriation semble résider dans les politiques sociales d'accompagnement mises en place (Chambrier, 2001). C'est l'ensemble du dispositif de gestion des ressources humaines de l'organisation qui est ici interrogé dans sa capacité à établir une cohérence entre la nature du travail demandée au salarié et les conditions d'emploi au sens large. Ces dernières doivent permettre d'abaisser les coûts personnels d'engagement dans les nouvelles formes de travail du salarié comme de rémunérer l'intensité de son engagement (Journé, 1999 ; Detchessahar, 2003). On retrouve ici l'hypothèse de Siegrist (1996) selon laquelle la santé au travail du salarié est fonction de la représentation qu'il se fait de l'équilibre effort / rétribution. C'est bien dans la cohérence entre les nouveaux contenus de travail et la politique sociale (formation, évaluation, développement des compétences, parcours de carrière, rémunération...) que se jouent en partie les représentations que se font les acteurs des questions de santé et sécurité au travail. Il s'agit donc de prendre en compte la relation d'emploi dans sa globalité (nouveaux contenus de travail / nouveaux modes de gestion des ressources humaines) comme déterminant important de la santé des travailleurs, ce qui suppose en outre d'intégrer dans l'analyse les conditions dans lesquelles s'élabore cette relation d'emploi dans les organisations.

2. Gestion des paradoxes et santé au travail

On comprend bien que ce qui nous intéresse ici c'est moins la caractérisation de l'état de santé des salariés que le processus de construction de la santé au travail. On sait en effet que les questions de santé sont classiquement approchées de deux manières différentes, soit comme un état soit comme un processus :

En tant qu'état, elle correspond à une situation de bien-être physique, social et psychique, selon l'approche canonique de l'OMS, qui se traduit, pour le moins, par une absence de pathologies avérées. Cette définition " en creux " semble présenter l'avantage de pouvoir donner lieu à des évaluations assez précises de l'état de santé à partir du niveau de pathologies existant de manière manifeste dans une population donnée.

Conçue comme un processus, la santé est le résultat d'un conflit entre des forces antagonistes représentées de manière générique sous les termes de forces de vie et de forces de mort.

Cette seconde approche, en terme de processus est plus difficilement "opérationnalisable" que la première. Elle permet, cependant, de faire état de la fragilité de la notion de santé, en particulier de santé mentale, et de la conquête dont elle doit faire l'objet pour être vécue. En ce sens, la santé n'est pas donnée, mais formée dans le cadre d'une société qui offre les moyens

de sa construction et en définit les contours normatifs. La portée de cette définition est de rendre compte de l'inscription sociale de la santé mentale et de la dynamique qui la porte : *"la santé se gagne, se conquiert et se défend"* (Dejours 1985, p. 21). Elle s'inscrit en effet dans une conflictualité indépassable entre l'organisation du travail, d'une part, les besoins physiologiques et les désirs psychologiques du sujet, de l'autre. Entre ces éléments, des arrangements, toujours précaires, doivent être trouvés. Dans le même sens, et partant d'une analyse centrée sur la conflictualité des dynamiques psychiques et sociales, N. Aubert et M. Pagès situent la santé dans la construction d'une résonance entre les mouvements psychiques d'idéalisation et ceux, sociaux, *"d'idéologisation"* (Aubert & Pagès, 1989, p. 267). Pour Yves Clot (1999), la santé ressort également comme le résultat d'une double dynamique qui amène l'individu à sortir de lui-même en se confrontant à l'activité de travail et au genre professionnel, et à faire sien l'activité générique.

Notre démarche consiste donc à appréhender la santé comme le résultat d'un processus de production et à se centrer sur la compréhension de ce processus. Cette démarche conduit à souligner l'importance de la prise en compte du contexte organisationnel dans lequel l'activité se déploie et la manière dont l'individu s'approprie ce contexte, c'est-à-dire le comprendre et lui donner du sens.

Ce cheminement nous amène à nous centrer sur la place occupée dans ce processus de construction de la santé par les processus de subjectivation. Une formule, sans doute un peu caricaturale, consiste à dire que la subjectivation constitue une sorte d'alchimie psychique qui transforme la contrainte en défi, le service aux autres en don de soi et la souffrance en plaisir. Reconnaître l'importance de la subjectivation, c'est admettre l'importance du sens accordé à l'activité de travail, notamment, ici, dans le processus de construction de la santé.

Or, ce sens n'est pas donné de l'extérieur. Il n'est pas fourni par le « management », les clients ou l'organisation : ce serait nier le rôle de la subjectivité. Le sens est construit ou, plutôt, reconstruit par l'individu à partir de son histoire (où s'entremêlent un milieu social, des valeurs, un parcours) et de la perspective professionnelle dans laquelle il se situe et en interaction avec l'organisation, la situation de travail et des collectifs et individus qui les peuplent.

Donner du sens à l'activité professionnelle suppose de se l'approprier et l'appropriation suppose de l'autonomie et de la stabilité. Ces derniers éléments sont les conditions pour que l'individu puisse, d'une part, traduire les contraintes en modalités d'actions, d'autre part tisser à partir d'elles des liens entre son activité professionnelle et les éléments internes et externes à l'organisation et à la situation de travail et qui constituent le contexte immédiat de cette activité : tant les collègues, équipes, outils ou dispositifs techniques et managériaux que des éléments telles que l'entreprise, le métier, l'environnement familial et relationnel ou encore que la trajectoire socioprofessionnelle de l'acteur.

L'appropriation, qui correspond ainsi à l'exercice d'une certaine autonomie permet à l'acteur de combiner les différentes contraintes qui pèsent sur sa situation de travail et son action, et, dans ce contexte, de mettre à jour et en œuvre des compromis. En effet, pour donner du sens à l'activité professionnelle, il faut personnaliser l'activité de travail afin de la rendre congruente avec la signification que le sujet souhaite qu'elle prenne. Et pour la personnaliser une relative autonomie est nécessaire, mais apparaît surtout indispensable un sentiment de sécurité à l'égard de l'employeur qui représente quasiment toujours un ensemble de contraintes et de menaces, même s'il est également porteur d'opportunités.

Cette appropriation peut être rendue difficile par les contradictions du travail. Celles-ci sont inévitables, du fait même de la nature du travail (Fiol, 2003 ; Hubault, 2005). On constate aussi parfois l'absence de cohérence entre les nouveaux contenus du travail et les nouveaux

modes de gestion des ressources humaines. Une activité de travail est même bien souvent située en tension entre de multiples contradictions. A titre d'exemple, une organisation par équipe projet peut être perçue comme contradictoire à une gestion individualisée de la main d'œuvre, la pression sur les délais peut générer des tensions avec l'impératif de qualité, l'appel à l'innovation entre lui aussi en contradiction avec la recherche de comportements conformistes. Or ces contradictions peuvent insécuriser le sujet si elles deviennent trop nombreuses ou trop aiguës. Pour être plus précis, les contradictions peuvent être appréhendées sous forme soit de dilemmes, soit de paradoxes. Un dilemme sera défini comme une situation contradictoire dans laquelle les exigences opposées ou divergentes sont connues, appréhendées, réfléchies et à laquelle une réponse, souvent fondée sur la norme collective, est apportée. La situation paradoxale se caractérise par le fait que les individus concernés ne parviennent pas à mettre en tension les termes contradictoires. C'est une contradiction dont les termes sont mal connus des individus et ne sont pas débattus. Se crée alors une situation d'indécision, puisque les individus ne peuvent penser ou faire une chose et son contraire, qui paralyse l'action.

De manière générale, les contradictions-dilemmes sont prises en charge avec le soutien du collectif d'appartenance qui défend et impose des compromis sous forme, notamment de normes informelles de travail. C'est la grande leçon de Dejours (1993) : les collectifs apportent une enveloppe normative, ce manteau de normes, peut être déchiré si l'individu fait face à trop de tensions que le collectif d'appartenance n'aide pas à discuter, à travailler et à dépasser au cas par cas. La déchirure de l'enveloppe normative laisse alors seul, le sujet, face à des choix impossibles, indécidables, conduisant, par exemple à des situations nécessairement mauvaises ou dangereuses. Le sujet fait alors face à des paradoxes par manque de soutien normatif du collectif. On passe de l'antinomie à l'anomie.

Pour faire face à ces antinomies ressenties ou constatées, l'individu peut réagir de diverses façons. En reprenant la distinction d'Hirschman (Hirschman, 1972; Hirschman, 1986), il peut faire défection (*exit*), protester (*voice*) ou encore rester fidèle (*loyalty*). S'il reste au sein de l'organisation, il est appelé à trouver un *modus vivendi* avec les conditions qui lui sont faites au sein de l'organisation, mais la protestation ou la fidélité ne sont sans doute pas les seuls choix qui s'ouvrent à lui. D'autres modes de réaction et pour tout dire de retraits sont possibles, tels que l'apathie, catégorie suggérée pour compléter le modèle d'Hirschman (Bajoit, 1988). Les antinomies, et les difficultés d'y faire face, peuvent favoriser différentes formes de retraits de l'individu par rapport à une organisation dans laquelle il ne se reconnaît plus, retraits pouvant aller de la « lassitude » (Alter, 1993) à des troubles de santé plus ou moins accusés. Ces réactions peuvent être vues comme autant de « réponses » à ce que nous pourrions appeler une « anomie organisationnelle », c'est-à-dire une organisation où les collectifs de travail ne parviendraient plus à exister, rappelant la « division du travail anomique » durkheimienne (Besnard, 1987).

Le questionnement qui apparaît ici, se focalisant sur la problématique de la santé au travail et son évolution, est celui de savoir si, et à quelles conditions, dans le cadre des évolutions organisationnelles que le management engage au travers de la modernisation des organisations, et qui sont nécessairement porteuses de contradictions, ne serait-ce qu'entre le passé et l'avenir, les individus parviennent à construire à partir de leur activité professionnelle une histoire ou un récit qui fasse sens pour eux ?

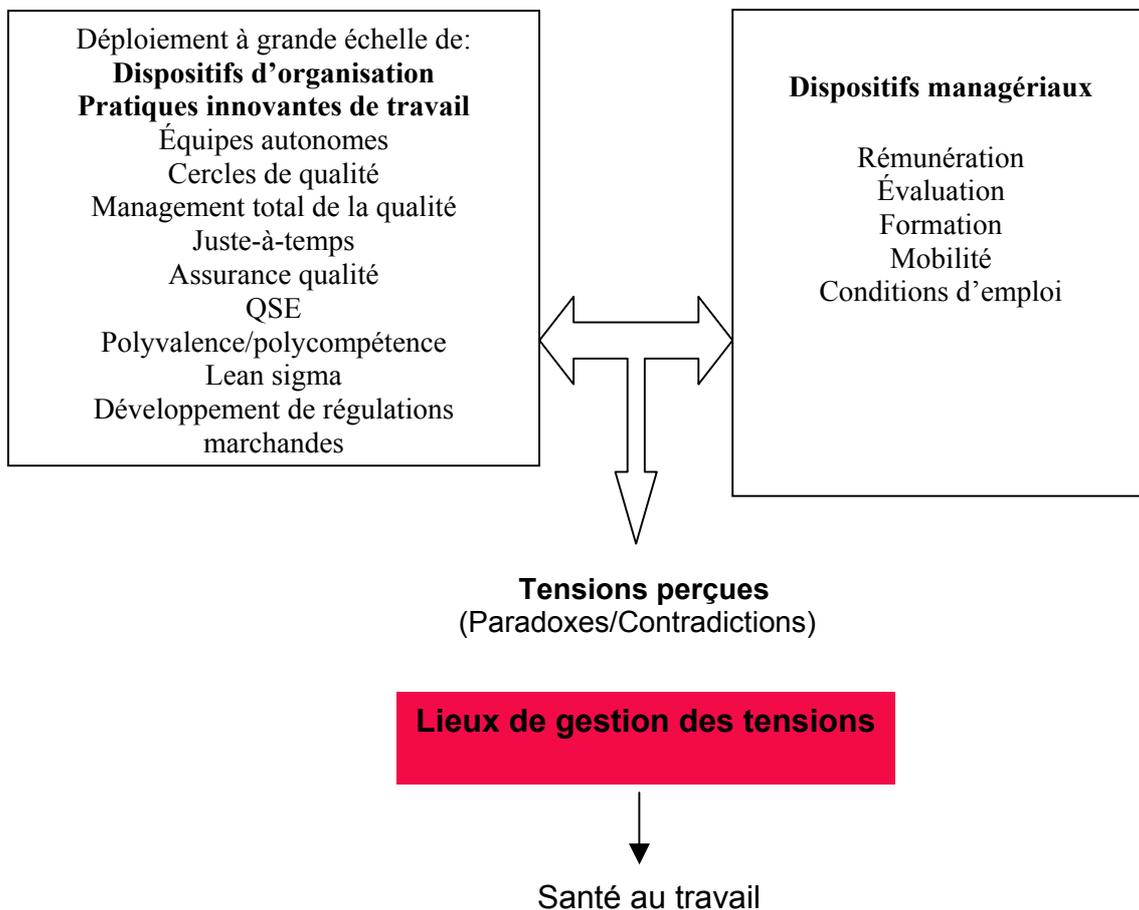
Nous faisons finalement l'hypothèse qu'il n'y a pas de « fatalité » des contradictions et des paradoxes conduisant nécessairement -dans un schéma déterministe- à des blocages anomiques et à une dégradation de la santé des salariés. Nous proposons même de considérer que les paradoxes peuvent constituer un véritable levier managérial (Journé, 2003) à condition que l'organisation s'en saisisse et engage un travail (1) d'identification du paradoxe, ce qui

suppose de le mettre en mots et éventuellement de lui donner un nom ; (2) de recherche des origines et des causes du paradoxe ; et enfin (3) d'exploration des pistes de résolution. Ce travail sur les paradoxes donne aux acteurs les moyens de reconstruire du sens là où la confusion et l'ambiguïté s'imposaient. Ils retrouvent alors leurs capacités d'action stratégique et la possibilité de conjuguer performance et santé au travail.

3. Des modalités et des espaces de prise en charge et d'explicitation des tensions et des paradoxes

Dans cette perspective, la santé des salariés serait directement fonction de la capacité de l'organisation à lever les contradictions entre ce qui est demandé aux salariés, les moyens mis à leur disposition et l'évaluation des résultats. Lever les contradictions perçues par les salariés — et notamment par les opérationnels qui, se trouvant au carrefour des différents textes et injonctions produits par l'organisation, y sont particulièrement confrontés — suppose l'existence d'espaces au sein desquels ces contradictions s'expriment, se discutent et se dépassent (cf. schéma n°1).

Schéma n°1 : Modèle d'analyse



En l'absence de lieux de prise en charge collective des contradictions, les salariés font face, seuls, aux dimensions contradictoires de l'activité. L'autonomie qui leur est accordée devient source permanente d'incertitudes qui touchent à la fois la nature du travail à réaliser, ses modes d'évaluation et sa valorisation à travers les processus de gestion des ressources humaines. Dans ce cas, le risque est que les transformations de l'organisation n'enclenchent

un véritable processus de déconstruction sociale du champ du travail laissant l'individu sans repères consistants pour déterminer son action, en anticiper les résultats et construire son projet dans l'organisation. L'absence de « convention d'effort » claire (Gomez, 1994 ; Salais, 1994) est propre à susciter soit des stratégies de sortie de l'organisation, soit, plus souvent compte tenu des tensions fortes sur le marché du travail, des stratégies de « retrait apathique » susceptibles de limiter les capacités de l'individu à faire face aux contraintes et d'accroître leur anxiété.

Dans le même temps, l'ouverture, dans les organisations, d'espaces de discussion des contradictions et paradoxes portées par les transformations de l'entreprise est difficile et suppose rien moins que de rompre avec les conceptions les plus répandues du rôle de la communication dans les processus de changement organisationnel. Traditionnellement, la communication est vue comme étant au service du changement. Elle sert à diffuser auprès des salariés les nouveaux objectifs et contenus de travail qui demeurent très largement conçus en dehors d'eux. Considérée ici dans une perspective exclusivement monologique et instrumentale, la communication est censée assurer la promotion du changement et susciter l'adhésion. L'essentiel de l'action de communication vise alors à choisir les canaux les plus appropriés et à construire des messages différenciés en fonction des cibles auxquels ils sont adressés.

La mise en *discussion* des contradictions appelle une toute autre conception de la place de la communication dans les organisations et particulièrement dans les phases de changement. Ouvrir aux acteurs des possibilités d'énonciation des contradictions et de construction de compromis revient à placer les processus communicationnels au cœur du changement, et à reconnaître le travail d'organisation qui s'effectue au niveau local. Dans cette perspective, la communication produit le changement plus qu'elle ne l'accompagne. La communication, entendue cette fois dans une perspective « dialogique » (Giroux, Giordano, 1998) d'élaboration collective des nouveaux contenus de travail au terme de processus discursifs, n'est plus au service de la diffusion du changement mais elle devient le principe même du changement, le processus au travers duquel il s'élabore.

La communication sort, cette fois, de sa fonction étroitement instrumentale de véhicule d'information pour revêtir une fonction plus politique de construction collective des solutions et règles productives. *Ce sont ces usages politiques de la langue et de la communication orale que nous appelons discussion* (Detchessahar, 2002). Lorsque que l'on passe de la communication utilitaire à la discussion, on passe du langage outil qui sert à l'atteinte de buts ou à la réalisation d'actions prédéterminés — le langage est alors soit un « lubrifiant » qui facilite la réalisation d'un travail conçu en dehors des locuteurs (le langage opératif des ergonomes ou les échanges opérationnels de co-action de Goffman), soit le véhicule de l'autorité ou de l'influence (la parole hiérarchique), ce sont précisément les perspectives retenues dans l'approche monologique de la communication du changement — aux fonctions relationnelles et représentationnelles de la langue au travers desquelles la nature, la finalité et le sens de l'activité sont en jeu.

Dans sa dimension *représentationnelle* ou *expressive*, la discussion permet à l'individu de publier, au sens de rendre public, sa représentation du travail et de l'activité. Ces représentations discursives (symboles, mots...) sont les produits des représentations cognitives des individus qu'elles aident dans le même temps à préciser, à structurer... Ceci signifie que discuter comporte à la fois une part importante de révélation *de soi-même* aux autres et suppose dans le même temps un travail sur soi, une réflexivité, une révélation *à soi-même* (Boutet, 1999). Discuter, c'est donc révéler sa subjectivité mais dans le même temps la travailler, la construire et la déconstruire. Dans sa dimension *relationnelle* ou *sociale*, la discussion permet l'argumentation critique des opinions, suscite la justification des opinions

rendues publiques et peut permettre l'établissement de compromis de sens et de perspectives communes sur le travail. Tout l'enjeu est alors de savoir comment ces compromis seront diffusés et relayés dans l'organisation de manière à faire évoluer réellement les contenus de travail.

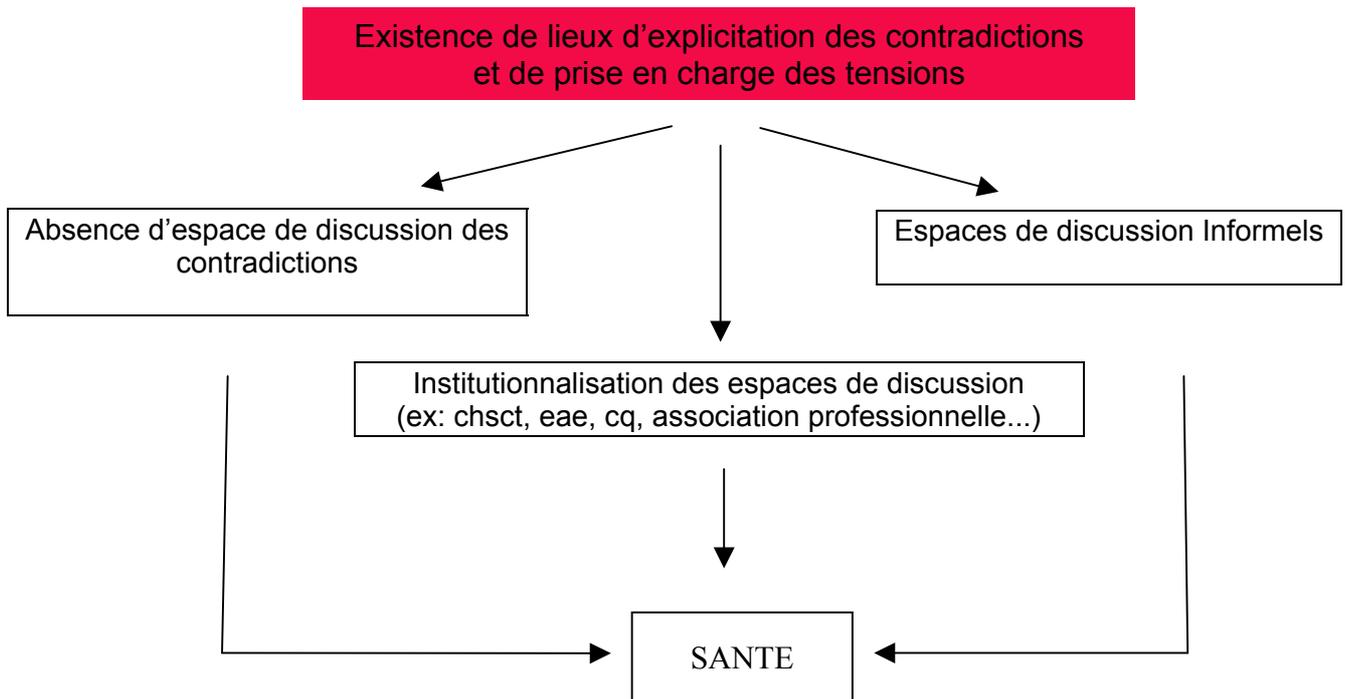
Cette dynamique de « discussion » pose de redoutables problèmes de management (Detchessahar, 2003), ne serait-ce que parce qu'elle multiplie les espaces du politique dans l'organisation. C'est pourquoi elle est souvent prise en charge au niveau local, sans soutien institutionnel, par le management de proximité qui décide de répondre aux sollicitations inquiètes de ses équipes par une mise en discussion effective des problèmes liés à l'activité. Ces discussions, souvent informelles, expriment le travail d'organisation assumé par les équipes et leur management qui permet parfois de reconstruire un cadre cognitif cohérent pour le travail du groupe. Néanmoins, de telles dynamiques ne manquent pas d'interroger les fonctionnements organisationnels dans leur ensemble et leurs impacts possibles sur la santé. C'est dans ce cas la position des managers de proximité qui semble la plus stratégique mais aussi la plus fragilisée. De quels moyens (outils, compétences...) bénéficient-ils pour affronter les difficultés et les pièges de la discussion ? Que devient leur position vis-à-vis de leur hiérarchie et quelles possibilités leurs sont offertes d'accorder le fonctionnement de leurs équipes avec celui de l'organisation sans risquer l'accusation de déviance et la remise en cause de leurs projets promotionnels dans l'organisation ?

On comprend ici que la prise charge de ces discussions par l'organisation, c'est-à-dire leur reconnaissance par les directions et la structuration de l'espace au sein duquel elles se déploient, est probablement une des clefs d'un changement préservant l'équilibre socio-organisationnel de l'entreprise. Il s'agit ici d'une institutionnalisation des espaces de la discussion qui, d'une entreprise à une autre, peut prendre différentes formes et s'incarner dans différents dispositifs : cercles de qualité ou d'amélioration continue, groupes projet, commissions paritaires, CHSCST... L'enjeu est alors (1) de faire l'ingénierie des espaces de discussion tant il est vrai que la discussion loin de supposer une absence d'outils de gestion appelle au contraire des outils de gestion d'un type nouveau, moins orientés vers la conformation des comportements que vers le soutien du travail discursif d'exploration du nouveau (Detchessahar, 2002, pp. ; Detchessahar, Honoré, 2002) et (2) de connecter ces différents espaces de manière à ce que les produits des discussions trouvent des déclinaisons concrètes dans les modes d'organisation.

Il semble finalement que trois situations doivent être distinguées et leurs impacts sur la construction de la santé des salariés évalués (cf. schéma n°2) :

- des situations dans lesquelles la prise en charge collective des contradictions n'est pas possible ;
- des situations dans lesquelles le management de proximité joue son rôle classique de régulateur et assume les processus de mise en discussion du travail mais sans soutien organisationnel ;
- des situations dans lesquelles les directions d'entreprise institutionnalisent le principe de discussion et structurent des espaces pour organiser les processus discursifs ; la question de la bonne instrumentation et de la bonne coordination de ces espaces devient alors centrale et constituera un des produits de l'étude.

Schéma n°2 Lieux d'explicitation des contradictions et santé



Un des objectifs de l'étude est de raffiner les caractéristiques de chacune de ces situations, en étant vigilant à éclairer leurs effets sur la santé des salariés de l'entreprise. En outre et au-delà des processus de discussion qui se déroulent dans l'ordre interne, il faut envisager les cas où de tels processus peuvent se voir pris en charge par des « structures » externes à l'organisation. Par exemple, les syndicats ou associations professionnels sont des lieux éventuels de prise en charge collective des questions d'organisation du travail et des tensions perçues dans leurs évolutions : dans le secteur des services à domicile, c'est au niveau de la profession toute entière que l'on réfléchit aux questions des impacts de la rationalisation des modes de gestion et de leur prise en charge au quotidien. Dans cette perspective « externe », la question est de savoir comment les solutions proposées par les organisations professionnelles se déclinent dans le fonctionnement concret des organisations du secteur.

A l'inverse, les pratiques de soutien externe des salariés qui se développent aujourd'hui dans les organisations (formation comportementale, coaching, soutien psychologique...) relèvent selon nous d'une toute autre logique même si elles favorisent elles aussi l'extériorisation de la subjectivité des acteurs à travers des productions discursives. Ces espaces de communication sont centrés sur la personnalité ou la subjectivité des acteurs et non sur le travail, ses tensions et ses contradictions, vis-à-vis desquelles ces communications sont privées de toute dimension performative. Il s'agit bien ici d'espaces « du psychologique » et non du politique, au sens où leur finalité est de recomposer les ressources subjectives des salariés éprouvées par des logiques de travail contradictoires sur lesquels les discutants restent sans prise et qui demeureront inchangées au terme du processus de communication. Comme le note Hubault (2005, p. 2), on demeure ici dans une approche classique par la motivation (il faut « regonfler » le salarié pour l'aider à faire face aux tensions et aux contradictions du travail, l'aider à les mieux supporter), mais l'activité en tant que telle n'est pas en discussion.

4. Méthodologie de la recherche

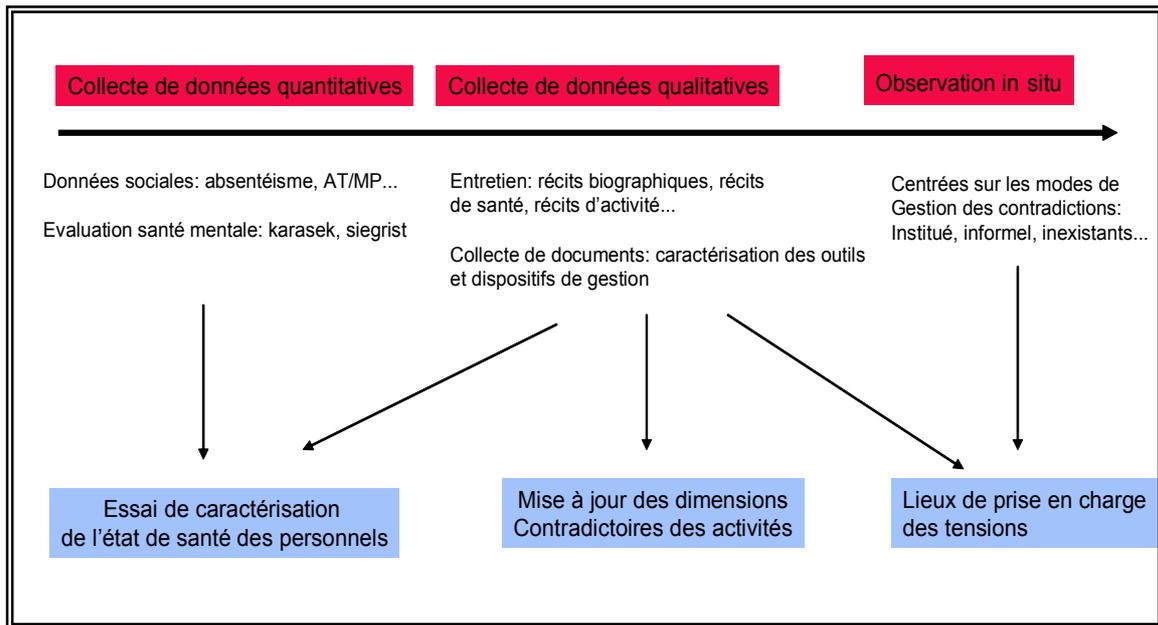
Dans le but de saisir les interactions entre d'une part les nouveaux dispositifs d'organisation et d'autre part les dispositifs managériaux d'accompagnement de ces derniers, et donc pour saisir la façon dont sont prises en charge les tensions générées par ces interactions, nous avons défini une méthodologie en trois temps permettant de saisir chacun une dimension de notre problématique. Il s'agit dans les démarches de terrains qui seront entreprises de parvenir à : 1) caractériser l'état de santé des personnels des entreprises étudiées ; 2) mettre à jour les tensions issues du déploiement de nouveaux dispositifs d'organisation ; 3) rendre compte des dispositifs prenant en charge ces tensions, et notamment des « lieux » qui peuvent permettre de les expliciter et de les résoudre. Chacun de ces points peut être vu comme décrivant chronologiquement le déroulement des investigations, dans la mesure où la caractérisation de l'état de santé des personnes est un préalable à l'exploration des tensions qui traversent l'organisation, elle-même préalable au repérage des façons dont elles sont prises en charge ou non au sein de l'organisation.

A chacune de ces étapes correspond un type particulier de recueil de données. La caractérisation de l'état de santé des personnes reposera sur un recueil des données quantitatives permettant de définir cet état. Dans ce cadre, les informations concernant l'absentéisme, le turn-over, les accidents du travail-maladies professionnelles et plus généralement les données sociales seront collectées, autant au niveau de l'entreprise elle-même qu'au niveau du secteur de l'entreprise, ceci afin de se ménager une possibilité d'appréciation des éléments recueillis au sein de l'entreprise. Les enquêtes DARES ainsi que des contacts avec des médecins du travail nous fourniront ces repères de contexte. Au sein de l'entreprise, nous envisageons de recueillir, outre les données produites par l'entreprise elle-même, des données originales *via* notamment l'administration de questionnaires d'évaluation de la santé mentale (selon la grille Karasek ou Siegrist). Ces données quantitatives seront mises en regard des « récits de santé » de salariés, collectés lors d'entretien de face à face.

Une fois l'état de santé décrit, la phase qualitative de la démarche pourra commencer. Elle s'organisera autour de deux objectifs particuliers : d'une part la caractérisation des dispositifs d'organisation déployés et d'autre part la caractérisation de leur réception-appropriation par les personnels de l'entreprise, et ce faisant de leurs effets sur le travail quotidien. Concernant les dispositifs, une vigilance particulière sera apportée à recueillir le « texte » des outils, au moyen notamment de la collecte des écrits qui accompagnent les nouveaux dispositifs. Des entretiens semi-directifs seront menés avec les personnels, plus particulièrement ceux qui auront été repérés comme ayant plus particulièrement été exposés aux effets des dispositifs, ceci afin d'approfondir la compréhension des tensions ayant émergées et de leurs raisons. La troisième phase se concentrera plus particulièrement sur l'étude des lieux où l'explicitation des tensions se joue (ou tente de se jouer). L'observation non-participante prendra ici le dessus de l'approche par entretiens, afin de parvenir à saisir aussi finement que possible les modalités communicationnelles à l'œuvre dans la reconnaissance et le traitement des tensions occasionnées par les nouveaux dispositifs.

Le schéma ci-dessous résume à grand trait la méthodologie de recherche conçue.

Schéma n°3 Design global de la recherche



Cette méthodologie sera suivie par les différentes équipes de recherche qui seront en charge de la réalisation des démarches au sein des entreprises étudiées. L'échantillon, tel qu'envisagé à ce jour, se compose d'entreprises appartenant à cinq secteurs d'activité différents :

- les hôpitaux
- les centres d'appels
- les services à domicile
- des entreprises industrielles
- les CPAM

Sur chacun des secteurs des études de cas approfondies permettront de veiller à ménager des possibilités de comparaison intra- et inter-sectorielle.

5. Les résultats attendus

Cette étude vise à produire quatre résultats principaux :

- construire et valider un modèle théorique permettant de comprendre l'interaction entre les transformations de la relation d'emploi et la construction de la santé au travail ;
- faire apparaître des configurations plus favorables à la préservation de la santé des salariés ;
- proposer un modèle opérationnel d'alerte de la non-cohérence de la relation d'emploi, dont l'effet supposé est de se concrétiser par une dégradation de la santé au travail des personnels. Destiné à la direction générale et à l'ensemble des décideurs en charge du management de la relation d'emploi, ce modèle a pour objectif d'aider au pilotage effectif de cette relation. Ce mode opératoire du modèle vise à signaler des situations à risques amenant à s'interroger sur la cohérence entre les dispositifs

d'accompagnement et les nouveaux dispositifs d'organisation appréhendés dans leur dynamique ;

- replacer les questions de santé au cœur des recherches en organisation et en management, ce qui est loin d'être le cas dans le champ.

Ce travail a bénéficié des réflexions du groupe « Santé, Organisation et GRH » de l'Université de Nantes financé par l'Agence Nationale de la Recherche et composé de : Lionel Chambrier, Cécile Clergeau, Michel Devigne, Mathieu Detchessahar, Frédéric Doreau, Jean-Paul Dumond, Annie Dussuet, Bénédicte Geffroy, Nathalie Halgand, Lionel Honoré, Pierre Lombrail, Xavier Michel, Guy Minguet, Henry Nogues, Laetitia Pihel, Arnaud Stimmecc.

Bibliographie

- Alter, N. (1993). "La lassitude de l'acteur de l'innovation." *Sociologie du travail* 4.
- Askenazy. P (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil.
- Askenazy. P, Caroli. E, Marcus. V. (2001), « New Organizational Practices and Working Conditions : Evidence from France in 1990's », Cahier de recherche du CEPREMAP, N° 01 06.
- Aubert N., Pagès M., 1989, *Le stress professionnel*, Paris, Klincksieck.
- Bajoit, G. (1988). "Exit, voice, loyalty. and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement." *Revue française de sociologie*(XXXIX): 325-345
- Baudelot C, & Gollac M., (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris,
- Besnard, P. (1987). *L'anomie*. Paris, PUF
- Boutet. J. (1999), « Quand le travail rationalise le langage », pp. 153-164 in Kergoat et alii, *Le monde du travail*, La découverte.
- Chambrier. L. (2000), *Cohérence entre GRH et organisation : repenser le rôle de la fonction RH dans les nouvelles formes d'organisation*, Thèse en Sciences de gestion, Université de Nantes.
- Clot Y., (1995), *Le travail sans l'homme*. Paris, La Découverte.
- Clot Y., (1999), *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF, Le Travail Humain.
- Cox. T, Griffiths. A-J, Randall. R. (2002), *Intervention to control stress at work in a Hospital staff*, Sudbury, HSE Books.
- D'Aveni. R. (1995), *Hypercompétition*, Vuibert.
- Dejours C. (1993), *Travail : usure mentale*, Paris, Le Centurion (2^{ème} éd : 1993, Paris, Bayard).
- Dejours C, (1985), « Construire sa santé », in B. Cassou (sous la direction de), *Les risques du travail*, Paris, La Découverte, pp. 18-21.
- Detchessahar. M. (2003), « L'avènement de l'entreprise communicationnelle ? Outils, problèmes et politique d'accompagnement », *Revue française de gestion*, janvier-février.
- Detchessahar. M. (2002), *La communication orale dans les nouveaux dispositifs d'organisation : nature, problèmes et politique d'accompagnement*, Mémoire en vue du diplôme d'Habilitation à diriger des recherches, Université de Nantes.
- Detchessahar. M., Honoré. L. (2002), « Fonctionnement et performance des équipes autonomes : le cas d'un atelier des soudures des Chantiers de l'Atlantique », *Revue Finance, Contrôle, Stratégie*, Mars, Economica.
- Dumond J.-P., 1992, *Les approches française et nord-américaine en psychopathologie du travail. Rapport de recherche*, Paris, Ministère de la recherche.
- Durand J-P, (2003), *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris, le Seuil.
- Fiol. M (2003), « Les contradictions inhérentes au management. De la logique du cruseur à celle de l'extenseur », in Moingeon. B. (ed), *Peut-on former les dirigeants ? L'apport de la recherche*, L'harmattan.

- Geffroy. B (2005), « Les impacts organisationnels des systèmes d'information », in Encyclopédie des Systèmes d'information, sous la direction J. Akoka et I. Wattiau.
- Geffroy. B (2004), « Les effets des ERP sur la recomposition des réseaux sociaux », in C. Voisin, S. Ben Mahmoud-Jouini et S. Edouard (éds) (2004), *Les réseaux. Dimensions stratégiques et organisationnelles*, Paris, Economica.
- Giroux. N., Giordano Y. (1998), « Les deux conceptions de la communication du changement », *Revue française de gestion*, novembre-décembre
- Gollac M. (2005), « L'intensité du travail : formes et effets », *Revue économique*, n°2, vol56, mars.
- Hirschman, A. O. (1972), *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Paris, Editions Ouvrières.
- Hirschman, A. O. (1986), *Vers une économie politique élargie*. Paris, Editions de Minuit.
- Honoré. L. (2002), « Rupture stratégique, changement organisationnel et rôle de la GRH », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°45, p.52-66, juillet-août-septembre 2002.
- Hubault. F. (2005), « Ergonomie et GRH, quelle convergence pour changer la condition du travail ? », *Approches économiques de la prévention des risques professionnels*, Colloque Dares, ANACT, Paris.
- Journé. B. (1999), « Les organisations complexes à risques : Gérer la sûreté par les ressources. Etudes de situations de conduite de centrales nucléaires », Thèse de Doctorat, Ecole Polytechnique.
- Linhart, D., & Moutet A, (2005), *Le travail nous est compté : La construction des normes temporelles du travail*, Paris, La Découverte.
- Moisdon. J-C. (dir) (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Seli Arslan.
- Reynaud B. (2004), "Qu'est-ce qu'interpréter une règle ?", Document de travail n°2004-08. CEPREMAP.
- Siegrist.J. (1996), « Adverse Healths Effects of High Effort/low Rewards Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, pp. 27-41.