

Psychodynamique et évolution des pratiques en santé au travail perspectives et difficultés

Philippe Davezies

Rapport introductif au Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail, Paris, 1997.

Mots clés : histoire, taylorisme, syndicats, médecine du travail, ergonomie, psychodynamique du travail.

La question des relations entre la théorie en psychodynamique et l'évolution des pratiques des professionnels de la santé au travail est assez complexe. Le renversement opéré par Dejours, de la maladie mentale à la normalité a profondément transformé le paysage théorique en matière de santé au travail. Ce renouvellement théorique a suscité chez les praticiens de la santé au travail un intérêt considérable. Que ce soit du côté des ergonomes, des médecins du travail ou des syndicalistes, il devient de plus en plus courant de faire référence aux acquis théoriques de la psychodynamique du travail. Sur ce versant plutôt euphorique, il serait possible de décrire longuement comment ces acquis sont réintroduits dans leurs pratiques par les professionnels. Nous pourrions ainsi nous congratuler mutuellement et assez légitimement pour l'ampleur du travail accompli de part et d'autre. J'ai choisi une voie plus épineuse, mais plus susceptible, me semble-t-il, de provoquer le débat : essayer de cerner ce qui ne passe pas, ce sur quoi nous butons. Et je défendrai la thèse selon laquelle les éléments qui constituent le cœur vivant de la psychodynamique ne sont qu'exceptionnellement repris par les praticiens. Pour tenter d'illustrer et de comprendre ce phénomène, je me propose d'examiner comment ont évolué dans les dernières décennies les liens entre les problèmes émergeant du monde du travail, les réponses théoriques produites par les chercheurs et les modes d'interventions des praticiens de la santé au travail. En effet, - et c'est assez naturel - les acquis de la psychodynamique sont d'autant plus facilement intégrés par les praticiens qu'ils peuvent être interprétés dans le cadre des traditions antérieures. En revanche, certains aspects, qui sont pourtant au plus près des questions posées par l'évolution de la situation sociale, mais qui rompent avec les problématiques antérieures, sont très mal entendus.

Je vous invite donc à un retour sur l'évolution de la problématique "santé-travail". Mon regard n'est cependant pas un regard d'historien mais celui d'un acteur engagé. C'est de l'intérieur que je propose à la discussion une vision de cette histoire.

Je distinguerai trois périodes. Une première période s'enracine profondément dans l'histoire sociale et va jusqu'à la fin des années 60. Bien qu'apparemment révolue, les traditions de cette période pèsent encore sur les pratiques sociales. La période qui s'ouvre à la fin des années 60, est marquée par l'aspiration au changement, à la rupture avec les traditions antérieures. Enfin la période actuelle est une période de crise du travail.

I - Position traditionnelle des questions de santé au travail.

A - Questions émanant du monde du travail

Dans la tradition française, le débat social sur la santé au travail oppose un pôle syndical, et un pôle patronal sous l'arbitrage d'un état qui se pose comme le garant de l'intérêt commun et de la rationalité scientifique.

a - Du côté du mouvement ouvrier

En matière de santé au travail, les positions du mouvement ouvrier ont une importance déterminante. En effet, en première analyse, on peut penser que la présence d'un pôle syndical fort en face du pôle patronal, constitue une des conditions pour que se développe un débat sur la santé au travail. C'est la nature de ce débat qui délimiterait pour une part l'espace d'intervention des professionnels de la santé au travail.

Or le mouvement ouvrier français est porteur d'une tradition assez particulière sur les questions de santé ; tradition caractérisée par l'absence de plaintes. Dans cette tradition, l'ouvrier professionnel, sûr de sa force, fier de ses capacités professionnelles et conscient de son rôle historique, constitue l'archétype du syndicaliste. Les préoccupations de santé sont renvoyées aux petites natures et - on le dit moins mais ce sentiment est perceptible - les accidents concernent plutôt les maladroits. Les soins du corps, l'attention à la souffrance sont l'apanage des femmes. Madeleine Rebérioux, parle de “ masculinisme du mouvement ouvrier ”. *“Ce masculinisme - nous dit-elle - est en effet inséparable du profond ouvriérisme qui confère, pour une large part, sa couleur au syndicalisme français. Ce n'est pas l'homme seulement, c'est l'ouvrier, conscient de sa force, qui refuse de s'attarder sur les questions de santé à la différence des bourgeois efféminés ”* (Rebérioux, 1989).

Cette attitude va de pair avec une suspicion extrêmement forte vis-à-vis des spécialistes, une vive méfiance vis-à-vis de l'hygiéniste. Les questions de santé,

en tant qu'elles sont perçues comme renvoyant à l'individu, constituent un facteur de division. Le débat sur les conditions de travail est verrouillé : les conditions de travail, ce sont les conditions d'exploitation des ouvriers et, en tant que telles, elles ne relèvent pas de la médecine mais de la lutte sociale. Depuis le XIXème siècle, pour le mouvement ouvrier, la santé c'est un bon salaire, la journée de 8 heures, la retraite et le contrôle sur les organismes de protection sociale.

Cette tradition se perpétue jusqu'à la fin du XXème siècle. Jusqu'au début des années 80, les grandes confédérations syndicales ne disposent pratiquement d'aucune expertise propre en matière de conditions de travail. L'INPACT, organisme de formation et de conseil associé à la CFDT, est créé en 1983. C'est donc une histoire extrêmement récente.

Le principal investissement du mouvement ouvrier sur le problème des atteintes à la santé par le travail a porté sur le processus de réparation et il a été assumé avant tout par la Fédération Nationale des Mutilés du Travail (1921) devenue ensuite la Fédération Nationale de Accidentés du Travail et des Handicapés. L'action la plus constante du mouvement ouvrier sur la santé au travail s'est donc déroulée hors de l'entreprise. Au sein de l'entreprise et dans la pratique syndicale courante, les atteintes à la santé par le travail ont bien souvent été considérées comme un thème d'agitation susceptible d'infléchir le rapport de forces entre patron et syndicats plutôt que comme un terrain à investir avec la volonté d'aboutir à des transformations concrètes.

Les compromis réalisés à tous niveaux par les organisations syndicales sur la question de l'amiante jusqu'à une période très récente illustrent à quel point ces organisations ont pu être peu à l'aise avec les questions de santé au travail.

b - Du côté du patronat

Le patronat est engagé depuis le début du siècle dans la poursuite du mouvement de rationalisation taylorien : parcellisation des tâches, montée en puissance des productions de séries.

L'erreur serait de croire que l'organisation scientifique du travail, le taylorisme qui se développe à cette époque, se désintéresse des hommes. Le mouvement d'organisation scientifique du travail est en effet porteur de préoccupations hygiénistes. On se souvient des études de Taylor sur la fatigue. Pour Taylor, un travail bien organisé est un travail qui n'épuise pas. Au sujet de ces études, Le Chatelier, un des principaux introducteurs du taylorisme en France, écrivait : *“ Il n'est pas certain que les ingénieurs, étrangers aux questions physiologiques, soient absolument qualifiés pour suivre de semblables études. Peut-être serait-il*

plus rationnel de laisser ce soin aux physiologistes, comme on laisse aux chimistes le soin d'étudier les méthodes d'analyses employées dans les usines ”.

La rationalisation industrielle appelle donc la rationalisation biologique. Et cet appel va être entendu d'autant mieux qu'il existe une convergence, voire une connivence profonde, sur la façon de poser les problèmes entre organisateurs du travail et professionnels de la santé au travail. Professionnels de la santé et ingénieurs ont en commun le même système de référence : les sciences expérimentales. Le taylorisme est l'application à l'organisation du travail du mode de pensée des sciences expérimentales. Écoutons, ici encore, Le Chatelier :

“ Taylor a fait pour les phénomènes industriels ce que Claude Bernard, le créateur de la médecine expérimentale, avait défini pour les phénomènes naturels”. Et plus loin : “ La science telle qu'elle a été définie par Taine, par Claude Bernard repose sur la notion de déterminisme. Tous les phénomènes naturels sont reliés par des lois, chacun est fonction d'un certain nombre de variables indépendantes, de facteurs” (Le Chatelier).

Ingénieurs, physiologistes, médecins, psychologues se retrouvent autour d'un principe commun : toute situation peut être ramenée à une série de facteurs, de variables indépendantes. L'effet de chacun de ces facteurs peut être étudié, “toutes choses restant égales par ailleurs ”.

Or, du point de vue du patronat, il est très important de pouvoir agir sur tel ou tel aspect de la situation toutes choses restant égales par ailleurs. Cette référence aux sciences expérimentales, ce découpage en facteurs présente, de son point de vue, un avantage majeur : envisagées de cette façon, les questions d'organisation et de santé au travail ne relèvent pas du débat social mais de l'application de connaissances produites par la science. L'appel à la norme, au savoir d'expert, qu'induit le découpage en facteurs, permet de tenir l'organisation du travail à l'abri du débat social.

B - Les problématiques scientifiques

Les problématiques scientifiques dominantes sont directement marquées des tendances du fonctionnement social. Jusqu'aux années 60, les professionnels de santé au travail sont mobilisés autour de deux questions : contribuer à la rationalisation taylorienne et instruire la question de l'imputation des atteintes à la santé.

- La contribution à la rationalisation taylorienne mobilise physiologistes et psychotechniciens. Massivement, la question de la santé au travail est pensée en

termes de facteurs, d'éléments traités indépendamment les uns des autres. Il faut bien voir que ce raisonnement sera adopté, non seulement par les ingénieurs, les médecins, les psychotechniciens, mais aussi largement par les représentants des salariés dans les CHSCT. On pourrait même dire qu'aujourd'hui encore, les questions de santé au travail sont spontanément traitées sur le mode taylorien.

- A la question de l'imputation (Qui est reponsable ? Qui doit payer ?) répond un autre type d'activité : l'expertise médico-administrative. L'expert, un médecin réputé neutre, fait la part entre les doléances légitimes et illégitimes et se prononce sur le droit à réparation dans le cadre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il s'agit ici d'une prise en compte des atteintes à la santé dans la tradition de la médecine légale.

C - Modes d'action en santé au travail.

S'il fallait résumer en un mot les préoccupations des professionnels, ce serait "conformité". Les éléments de la situation de travail comme les plaintes des salariés sont envisagées principalement quant à leur conformité ou à leur non conformité aux savoirs établis et aux compromis sociaux formalisés dans la législation. Les acquis priment sur la réalité vivante. Ce souci de la conformité s'accommode parfaitement d'un strict conservatisme social. Mais de toutes façons, les professionnels de la santé ne disposent pas des moyens d'une intervention réelle sur les évolutions du travail. Ils n'en ont pas les moyens intellectuels parce que la référence exclusive aux sciences expérimentales interdit de penser l'action autrement que sur le mode de l'application. Ils n'en ont pas les moyens sociaux parce qu'il n'y a pas de débat social sur les conditions de travail. En effet, à cette époque, l'action passe massivement par les compromis établis au sommet entre le patronat et les gros bataillons syndicaux.

L'intérêt de revenir sur ces éléments déjà anciens, réside dans le fait qu'on y repère, grâce à la distance, des tendances lourdes qui sont très loin d'avoir disparu.

La médecine du travail reste profondément marquée par les traditions héritées de cette époque. La prévention y reste le plus souvent pensée sur le mode taylorien, c'est à dire sur le mode prescriptif de l'application des connaissances. Autant dire que la prévention n'est pas pensée du tout. L'affaire de l'amiante est là pour rappeler le retard pris en matière de maîtrise des facteurs de risque les plus manifestes. De même, la majeure partie du débat social et des recherches en

santé au travail tourne, encore aujourd'hui, autour de la question de l'imputation des coûts des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette tradition produit tout un monde d'experts pour lesquels l'intervention sur la santé au travail n'est concevable que par le haut, à travers le Ministère du Travail et son Conseil Supérieur de Risques Professionnels. Enfin, les mouvements sociaux de 95 et 96 montrent que les préoccupations les plus traditionnelles du mouvement ouvrier (salaire, temps de travail, retraite, contrôle sur les organismes de protection sociale) demeurent très actuelles.

Et pourtant, la situation sociale a radicalement changé, amenant de nouvelles difficultés mais ouvrant aussi de nouvelles perspectives. Parmi les changements qui sont intervenus, il faut accorder une place particulière à l'ébranlement du régime relativement stabilisé du fonctionnement social sous l'effet de l'entrée en lice de groupes sociaux jusque là socialement marginalisés. Les compromis sociaux qui réglaient le jeu social jusqu'à la fin des années 60 laissaient en effet de côté de larges couches de la population. Celles-ci vont faire irruption sur la scène sociale à la fin des années 60.

II - Les exigences de changement

A - Questions posées par les évolutions de la société

La période qui va de la fin des années 60 au milieu des années 80 est marquée par l'irruption du changement.

a - Du côté des mouvements sociaux

La prédominance dans le champ social de la figure de l'ouvrier professionnel est battue en brèche par la montée en puissance des marges : la jeunesse, les femmes, les techniciens, les employés de bureau, les OS... Massivement, ces catégories font entendre leurs voix. On se souvient évidemment des luttes des femmes, de la bataille pour la libération de l'avortement et de la contraception, mais aussi des luttes des ouvriers spécialisés, de la grève des banques ... Les pères avaient serré les dents, évacué la question de la souffrance au travail, au nom de la reconstruction, du progrès, de l'augmentation du niveau de vie, de la promotion sociale, de l'intérêt commun. Les nouvelles couches sociales présentent l'addition. Elles dénoncent massivement le caractère abrutissant des organisations tayloriennes, "la vacuité d'une société hyperfonctionnelle qui planifie et qui normalise jusqu'à l'étouffement la vie sociale et familiale" (I. Billiard). C'est l'époque du "*Métro/Boulot/Dodo*". Celle de la montée des

exigences d'accomplissements personnels. On passe de *"transformer la société"* à *"changer la vie"*, ce qui est assez différent.

La bataille pour la libération de l'avortement et de la contraception est exemplaire de cette remise en question. Il s'agit bien d'une bataille menée au niveau politique, mais en marge des appareils et articulée, dans les quartiers, sur une prise en charge collective, un travail de légitimation et d'affirmation publique de pratiques jusque là interdites, cachées et réprimées.

Les premières grèves en 1967 / 1968 sur les questions de conditions de travail, prennent à contre-pied les organisations syndicales. Du point de vue des militants syndicaux, ces luttes sont difficiles à conduire. Elles mobilisent des couches sociales qui n'ont pas de tradition de lutte. Elles sont, de ce fait, assez chaotiques mais elles dessinent de nouvelles modalités d'action et de débat social. Dans ce climat, un certain nombre d'expériences sont menées par les syndicats. On se souvient dans les années 70, de l'enquête de la fédération métallurgie CGT sur les cancers, du livre blanc sur les conditions de travail des UD CGT et CFDT dans l'Isère, du travail du groupe produits chimiques de la FUC-CFDT. Il n'en reste pas moins que les initiatives syndicales restent le plus souvent étroitement dépendantes des vicissitudes de l'action des partis de gauche. Les interventions gardent un caractère extrêmement dénonciateur. Il s'agit davantage, à travers la question des conditions de travail, de fonder la nécessité du changement politique que transformer concrètement les situations. C'est probablement l'une des raisons qui explique pourquoi la bataille des ouvriers de Pennaroya est restée dans les mémoires comme un moment extrêmement fort. Il y a eu là une lutte ouvrière sur des objectifs de santé clairement identifiés et menée avec la détermination d'arriver à des résultats concrets.

b - Du côté des pouvoirs publics et du patronat

Du côté de l'état se manifeste une volonté très affirmée de faire face à la montée des tensions sociales par la promotion des négociations collectives. Il s'agit de rompre avec l'affrontement idéologique et de rapprocher les négociations du terrain de l'entreprise. C'est la grande époque des réformes (Chaban-Delmas - Delors) : politique contractuelle, participation, nouvelle société etc... jusqu'à l'arrivée de la gauche au pouvoir.

Pour ce qui nous occupe, c'est l'époque de la prise de conscience du problème des conditions de travail. On pourrait même dire que c'est dans les années 70 que sont inventées les Conditions de Travail.

Quelques dates éclairent cette évolution :

- 1973 : Création des Commissions d'Amélioration des Conditions de Travail dans les entreprises de plus de 300 salariés ; création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
- 1975 : Premières enquêtes du ministère du travail sur les conditions de travail .
- 1976 : Loi relative à la prévention des accidents du travail.
- 1979 : Renforcement des moyens des médecins du travail dans le sens d'une meilleure prise en charge de la prévention.

Apparaissent, dans les textes de loi, des exigences d'information sur les risques du travail. Les conditions de travail ne relèvent plus seulement de l'expertise technique, médicale ou syndicale. Les salariés eux-mêmes ont droit à une information et à une formation sur les risques du travail.

Ce mouvement culmine avec les lois Auroux :

« ... les salariés bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail. Cette expression a pour objet de définir les actions à mettre en oeuvre pour améliorer leurs conditions de travail, l'organisation de l'activité et la qualité de la production dans l'unité de travail à laquelle ils appartiennent et dans l'entreprise.

Les opinions que les salariés, quelle que soit leur place dans la hiérarchie professionnelle, émettent dans l'exercice du droit d'expression ne peuvent motiver une sanction ou un licenciement. » (Loi du 31 janvier 1986).

Dans la même période, les fractions modernistes du patronat montent au créneau. En 1975 le CNPF signe un accord cadre dont le préambule annonce que du point de vue des signataires, *“l'amélioration des conditions de travail reste un des principaux problèmes sociaux de notre époque”*.

Manifestement, une fraction du patronat se préoccupe d'offrir une issue à la montée chez les salariés des exigences d'accomplissement personnel. Le premier moteur de cette évolution, doit probablement être recherché du côté des évolutions du travail lui-même. Là où les salariés produisaient eux-mêmes, il y a de plus en plus souvent une machine. De plus en plus souvent, les salariés ne produisent plus directement, ils contrôlent. Ce type d'évolutions prend à contre-pied les dogmes tayloriens fondés sur l'idée que tout peut être mesuré et contrôlé. Contrôler le travail est une chose, contrôler le contrôle en est une autre, beaucoup plus difficile. La contrainte n'est plus suffisante. Il faut obtenir la mobilisation, l'investissement. Il faut faire appel à la responsabilité des salariés. L'irruption des nouvelles technologies accélérera encore ce mouvement. Dans son rapport publié en 1986, Riboud écrit : *“ Une usine produisant 500 000 tonnes de*

yaourts par an coûtait [en 1976], 100 MF et réclamait 400 emplois. Elle coûte [en 1986] 200 MF et requiert 200 emplois. Pour chaque salarié on immobilise 1 million de francs, là où l'on mobilisait 250 000 F de capital". Cette modification du rapport entre les coûts des investissements en machines et le poids des salaires, entraîne pour une partie du patronat, un déplacement de l'intérêt vers la question du taux d'engagement de ces machines. Pour soutenir la compétition, il faut que les machines fonctionnent. Or cela dépend des hommes qui les conduisent et qui les entretiennent et pas seulement de l'organisation prescrite. Et Riboud continue, reprenant à son compte les acquis de l'ergonomie : "On ne connaît jamais bien le contenu réel des tâches des opérateurs". Pour conclure : "Il faut savoir prendre du temps avec les hommes pour ne pas perdre du temps avec les machines "

B - Les problématiques scientifiques

Ces mouvements, tant du côté du patronat que du côté des syndicats, sont largement fécondés par l'émergence de l'ergonomie de langue française. Ce courant n'apparaît pas ex-nihilo (Voir sur ce point Clôt), mais il connaît à cette époque un rayonnement tout à fait exceptionnel à travers l'activité du laboratoire d'ergonomie du CNAM dirigé par Alain Wisner. L'ergonomie exprime et synthétise, en effet, l'ensemble des critiques qui sont portées au modes de fonctionnement antérieurs.

Elle met au centre de sa problématique la question de la transformation. Celle-ci passe par une critique simultanée du taylorisme et du paradigme des sciences expérimentales.

L'ergonomie dénonce le mythe de l'homme moyen, qui avant tout l'homme abstrait de l'organisateur taylorien, mais aussi l'ouvrier abstrait du syndicalisme. Elle met au contraire en exergue la diversité et la variabilité des êtres humains réels. La question qui va faire du laboratoire du CNAM le creuset de l'élaboration sur la santé au travail est simple et en même temps extrêmement corrosive: "A quel homme le travail doit il être adapté ? "

Les premières études du CNAM portent sur les catégories, jusque là marginales : ouvrières de l'électronique, de la confection, du renseignement téléphonique. Les études sur le travail répétitif sous cadence et sur le vieillissement au travail sont aussi une tradition forte de l'ergonomie CNAM.

Enfin, pour l'ergonome, les facteurs n'ont pas d'effet indépendamment de la façon dont les hommes et les femmes y sont assujettis, indépendamment de la façon dont ils sont rencontrés dans l'activité. L'ergonomie de langue française va

réenvisager la situation de travail, non plus à partir des savoirs d'experts mais à partir de l'activité des opératrices et des opérateurs. Le salarié n'est plus considéré comme une victime passive, l'activité elle-même apparaît comme recherche permanente de compromis entre efficacité, santé et sécurité.

A la même période, la psychopathologie du travail connaît un nouvel essor. Les travaux de Ch. Dejournet relancent sur un mode renouvelé la critique du travail taylorien en partie abandonnée depuis Friedmann. Les notions de stratégies collectives de défense et d'idéologies défensives de métier ouvrent à la compréhension des difficultés de la prise en charge des questions de santé au travail, tant du point de vue professionnel que syndical. Il faudra néanmoins attendre encore pour que cette avancée soit reprise par les praticiens de la santé au travail avec en particulier les travaux de Damien Cru.

C - Modes d'action en santé au travail.

Pour les praticiens, l'apport marquant est avant tout, à cette époque, celui de l'ergonomie.

L'ergonomie constitue un appel au renouvellement du regard clinique sur le travail. Et de fait, elle permet d'interpréter de façon renouvelée nombre de phénomènes. De plus, elle fait le pari d'une convergence possible entre exigences de confort, d'efficacité et de sécurité. Elle ouvre ainsi aux professionnels la perspective d'une issue à l'alternative entre renoncement honteux et opposition de principe sans efficacité.

Du côté des praticiens de la santé au travail, tout le monde va donc se mettre à l'ergonomie.

Il ne faut pourtant pas mythifier cette période. Pour beaucoup, l'ergonomie est, encore aujourd'hui, interprétée dans la continuité des perspectives de rationalisation taylorienne. Très généralement, dans l'activité des professionnels, le primat est resté à la mesure et à la conformité vis à vis des normes. Il est manifestement très difficile pour les professionnels de passer d'une appréhension de la situation en termes de conformité à une appréhension du point de vue de l'activité.

Mais, même pour les ergonomes dûment estampillés, il s'est avéré qu'il y avait loin de la coupe aux lèvres. L'intervention de ergonomes était très loin de déboucher sur des transformations favorables à la santé. Bien souvent, ces interventions avaient un écho beaucoup plus grand à l'extérieur que dans l'entreprise elle-même.

Les choses ne se sont débloquées, me semble-t-il, qu'avec l'accélération des transformations technologiques. Pour comprendre cela il faut revenir un peu en arrière. Jusqu'aux années 70, les ateliers de l'industrie ressemblaient à ce qu'ils avaient pu être des décennies auparavant. Les principes d'organisation dataient du début du siècle et les machines semblaient, moyennant quelques réparations, pouvoir braver le temps. Certains dispositifs techniques dataient d'avant l'époque industrielle. Il y avait là pour les professionnels soucieux d'amélioration des conditions de travail quelque chose de désespérant. Et puis, les transformations techniques ont commencé à s'accélérer. Et ce phénomène est apparu comme porteur d'espoir. Nous savions, par expérience, la difficulté d'initier des changements du travail à partir de nos préoccupations de santé. En revanche, il paraissait beaucoup plus facile et beaucoup plus efficace, d'instiller ces mêmes préoccupations dans des transformations engagées pour d'autres motifs. La formalisation de l'intervention en conduite de projet par Daniellou (1986) montrait de façon très claire comment il était possible de tenir le point de vue de la santé dans les transformations du travail. Les difficultés rencontrées à cette époque par les concepteurs ouvraient des espaces de convergence et de collaboration entre ingénieurs se préoccupant de socio-technique et professionnels de la santé au travail. Les changements technologiques sont ainsi apparus à beaucoup comme des occasions inespérées pour introduire dans le travail des transformations susceptibles de le rendre plus compatible avec la santé. Il y a bien eu une période assez euphorique. Mais elle a été de courte durée. En effet nous avons vu progressivement se modifier le panorama. Nous sommes passés d'une période marquée par l'apparition de nouvelles technologies à la période actuelle où les transformations portent sur les modes de gestion.

III - La crise

A - Une transformation majeure des relations sociales : la suprématie de l'économique.

La troisième période est marquée par un enchaînement d'événements qui vont bouleverser le paysage social. Transformations sociologiques et innovations technologiques avaient constitué un puissant stimulant à la prise en compte des questions du travail. Plusieurs éléments nouveaux vont très fortement tempérer ces perspectives optimistes.

Les transformations sociales et politiques (chute du mur de Berlin, l'effondrement des régimes de l'est, la perte de confiance dans les solutions politiques générales, le recul de la syndicalisation) ont massivement déséquilibré les relations entre travail et capital au bénéfice de ce dernier. Ces évolutions ont ouvert la voie à une vogue sans précédent des thèses libérales dont une des conséquences les plus importantes a probablement été la libéralisation des flux de capitaux. De l'avis même des représentants du patronat (réunion Anvie), le maintien des taux d'intérêts à un niveau très élevé, destiné à retenir les capitaux craintifs, a pesé sur la gestion des entreprises. Les logiques financières se sont imposées au détriment des logiques industrielles et sociales. La pression sur le coût du travail et les restructurations sont devenues pour les directions d'entreprises les moyens privilégiés pour dégager des capacités de financement. Les réductions d'effectifs qui avaient pu, dans le passé, être considérées comme un signe d'échec, se sont transformées en critère de bonne gestion. Les restructurations ont accru le degré de fragmentation du tissu industriel tout en augmentant le contrôle stratégique de ce tissu par les grosses entreprises (B. Apay). Le processus d'externalisation du travail et de recours à la sous-traitance s'est poursuivi. Tous ces mouvements ont poussé à un point jamais atteint l'écart entre les centres de décision et les terrains où ces décisions devaient être mises en oeuvre.

Les conditions de la concurrence se sont durcies et les organisations du travail ont été transformées dans le sens d'un ajustement toujours plus étroit aux fluctuations quantitatives et qualitatives de la demande du marché. Cette exigence croissante de flexibilité et de disponibilité a modifié les modes de régulation au sein de l'entreprise en déplaçant de l'amont vers l'aval un certain nombre de responsabilités. Nicolas Dodier (1995) a montré que ce passage d'une planification par le haut à une régulation au plus près du terrain contribuait à la fragilisation de la conscience collective, favorisait le bricolage au détriment des règles de métier et générait une brutalité plus grande, aussi bien dans les rapports aux objets techniques, que dans les relations humaines.

Les conséquences objectives en termes de conditions de vie et de travail sont connues. L'intensification du travail s'est traduite par une explosion des pathologies d'hypersollicitation. L'évolution des formes d'emploi a été marquée par un développement de la précarité. Les difficultés d'articulation de la vie professionnelle et de la vie familiale se sont accrues pour de nombreux salariés. Nous avons vu apparaître - dans la grande distribution par exemple - des modes de gestion du temps de travail proprement ahurissants.

Ces évolutions objectives du monde du travail ont été accompagnées par un énorme effort de propagande de la part du management. L'encadrement a été invité à assumer un rôle d'animation. La communication, la coopération, la mobilisation des compétences, la responsabilité, la qualité du travail, l'initiative, la rétribution au mérite, sont devenus les mots clés de la communication managériale. Ce discours a permis au patronat de canaliser les aspirations nouvelles que n'arrivait pas à exprimer le mouvement syndical. Le patronat a su tirer parti, du formidable potentiel que constituaient la montée des exigences d'accomplissement personnel et le besoin de renouvellement des relations sociales. L'ensemble a poussé à un degré extrême le décalage entre les thèmes agités par la communication managériale et les modes réels de gestion du travail. La démarche qualité est un bon exemple de ce décalage. La qualité de la production fait l'objet d'une propagande qui met en exergue les exigences de communication autour des problèmes du travail. Et de fait, le souci de la qualité tire du côté de la rationalité communicationnelle. Pour faire du bon travail, il faut s'assurer de l'ajustement des moyens aux objectifs, repérer les obstacles, vérifier concrètement l'efficacité des solutions proposées. Mais lorsque l'on examine les modes d'application de la démarche qualité sur le terrain, elle prend une toute autre allure. Elle se traduit par une rigidification de la prescription. Même dans des entreprises réputées pour l'intelligence de leurs discours, les salariés sont confrontés à des difficultés qui entraînent des problèmes de qualité mais qu'il n'est pas possible de faire remonter jusqu'aux échelons responsables. Présentée comme un mouvement de communication autour du travail, la démarche qualité devient bien souvent tout le contraire : un moyen de clore le débat sur le travail. Il est alors manifeste qu'elle vise moins une optimisation du travail qu'un contrôle sur les salariés comme sur les fournisseurs.

Ce décalage entre le discours et les pratiques réelles est ressenti jusqu'à un niveau élevé dans les hiérarchies. La communication d'entreprise est une communication descendante. Les cadres doivent faire passer les orientations stratégiques. Ils n'ont pas la possibilité de faire remonter les difficultés car, dans ce cas, ce n'est pas l'orientation proposée qui est remise en cause, c'est le cadre qui ne sait pas la faire passer. Manifestement, dans l'entreprise, toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire. L'attitude des directions distille, voire encourage, une culture du mensonge.

Ce décrochage entre les perspectives de développement personnel ouvertes par la situation et exaltées par le discours managérial d'une part, les modes de gestion réellement mis en place par le même management d'autre part, permet de rendre compte des dimensions subjectives des questions de santé au travail que nous

rencontrons aujourd'hui. Ce qui caractérise aujourd'hui les plaintes des salariés, ce n'est pas tant la protestation contre l'intensification du travail et l'augmentation de la pénibilité que l'expression de leur incompréhension vis à vis de décisions d'organisation officiellement justifiées par un souci d'amélioration de la qualité mais génératrices, sur le terrain, de difficultés, de malfaçons, de gâchis. C'est aussi la protestation des cadres incités à solliciter et à prendre en compte l'expression de leurs collaborateurs mais considérés par leurs propres supérieurs comme de purs exécutants. Nous avons ainsi entendu monter l'interrogation sur les repères : où est le vrai ? Où est le faux ? Où est le juste ? Et où est l'injuste ? Est-ce que ce que je fais est bien ou non ?

Dans certains cas, la désorientation des salariés a atteint un degré tel qu'il devient difficile de ne pas penser qu'il s'agit là d'une politique délibérée. Comment interpréter la situation de ces cadres qui ne sont plus capables d'expliquer au consultant extérieur l'enchaînement logique des différentes réformes de structure subies en peu de temps par leur entreprise ?

Politique de désorientation délibérée et/ou déploiement de logiques désincarnées, tous ces facteurs - montée du chômage, intensification du travail, fragmentation des collectifs, crise de l'action collective syndicale ou politique, désarticulation des systèmes de vie, décrochage entre discours dominant et vécu personnel - ont porté à un niveau inconnu dans la période antérieure, les questions du sens du travail, de l'identité et de la santé mentale.

Sous diverses formes, la même question revient dans les cabinets des médecins du travail : "Docteur, est-ce que c'est moi qui suis fou ?"

Nous avons ainsi assisté, au sein des cabinets médicaux et des infirmeries d'entreprises, à une montée en puissance de l'expression de la souffrance au travail - souffrance référée par les salariés, à la remise en cause de leurs systèmes de valeurs par les transformations du travail.

B - Impact sur les problématiques scientifiques

La caractéristique la plus générale de la période ouverte depuis les années 80 a été le déploiement de l'économie au détriment du politique. Cette évolution a suscité chez les chercheurs un vif intérêt pour les recherches engagées autour de la question du totalitarisme, essentiellement à partir des problématiques ouvertes par Hannah Arendt d'une part, par les théoriciens de l'école de Francfort et particulièrement Jurgen Habermas d'autre part. Dans les deux cas, il s'agissait de repérer quelles ressources les êtres humains sont capables de mobiliser pour maintenir une dimension politique face au déploiement

impersonnel des logiques systémiques : pensée et action chez Arendt, prétention à la vérité et éthique de la communication chez Habermas.

Les travaux menés par Christophe Dejours et l'équipe rassemblée autour de lui se sont développés à la charnière entre cette préoccupation vis à vis du politique, les acquis de l'ergonomie et la tradition des recherches en psychopathologie du travail. Ces recherches ont montré que l'activité technique impliquait toujours une activité déontique, une prise de position vis à vis de ce qui devrait être, et une confrontation avec la position des autres. Elles ont montré qu'à travers sa mobilisation pour faire reconnaître sa contribution à la construction du monde commun, le sujet mettait en jeu sa normalité et sa santé. La psychodynamique du travail a ainsi très clairement décrit, au cœur même du travail, les germes de ce qu'Arendt nomme l'action : l'expression de la capacité politique.

Pour bien comprendre la spécificité de cet apport, et son impact potentiel sur les pratiques professionnelles, il me semble utile de revenir encore une fois en arrière, à ce qui s'était produit de plus élaboré en matière d'intervention en santé au travail : la perspective de l'ergonomie sur le travail et sur sa transformation.

L'objet théorique de l'ergonomie est l'activité, l'activité de l'opérateur comme articulation concrète des exigences de santé et des exigences productives. Cette activité se déploie face à l'objectivité du monde. Elle correspond à ce qu'Hannah Arendt nomme travail, "*activité de l'animal laborans sous le joug de la nécessité*", "*lutte quotidienne dans laquelle le corps humain est engagé pour nettoyer le monde et l'empêcher de s'écrouler*", ajustement permanent face aux pesanteurs des déterminismes physico-chimiques, et dont la pénibilité est liée à "*l'interminable répétition*" (p147). L'apport de l'ergonomie avait consisté à montrer le caractère proprement incroyable de la mobilisation nécessaire pour que le monde ait à peu près l'air de tourner rond. Cependant, si nous suivons Arendt, l'expression de l'homme ne se limite pas à l'activité. Pour elle, seule la capacité politique, la prétention à risquer une contribution personnelle à la gestion collective des affaires humaines, peut faire paraître les hommes en tant qu'hommes. Cette dimension n'est pas abordée directement par l'ergonomie. La pensée ergonomique n'est pas une pensée de l'humain se manifestant en tant qu'humain. C'est une pensée explicitement systémique dont l'épistémologie vient des sciences du vivant beaucoup plus que des sciences sociales. Mais cela ne signifie pas que les ergonomes ignorent les dimensions politiques spécifiques de la vie humaine. Bien au contraire, l'intervention ergonomique est décrite par les ergonomes comme de l'ordre du politique (Daniellou, 1995 ; Mellier, 1995 ; Hubault 1996 ; Duraffourg, aussi loin que je me souviens ; et probablement bien

d'autres). L'action est bien au cœur du projet de l'ergonomie. Mais cette action, cette praxis (Daniellou, 1992), est celle de l'ergonome, non celle du salarié.

Saisi en tant qu'opérateur, le salarié n'est envisagé que du point de vue de son activité. L'intervenant est, lui, envisagé du point de vue de l'action, c'est à dire du point de vue de sa capacité à infléchir le processus social de conception du travail. Il faut bien considérer que cette façon de tenir la question de la transformation représente une avancée considérable par rapport aux problématiques antérieures, prescriptives ou médico-légales.

Elle se heurte cependant à une double limite.

La montée du chômage, la prééminence des logiques financières sur les logiques industrielles, la quasi absence des syndicats sapent les conditions des compromis recherchés par l'ergonome. Les directions apparaissent plus préoccupées par les coûts que par l'efficacité du travail. Les salariés sont affaiblis et profondément désorientés. Le pari central de l'intervention, celui d'une convergence entre exigences de santé et exigences de production, devient beaucoup plus difficile à tenir. Cette évolution se traduit en terme d'interventions ergonomiques par un "*affaiblissement de la demande*" mais aussi par un "*appauvrissement de l'ambition de l'offre*" (Hubault, 1996). L'espace d'action de l'ergonome se réduit en proportion de l'espace d'action des salariés eux mêmes.

Mais surtout, l'action de l'ergonome ne permet pas d'apporter une réponse adéquate à la nouvelle question posée par les salariés : celle du sens. En effet, tant qu'il s'agit de prévention des atteintes à la santé physique, la prise en charge extérieure par un professionnel peut être efficace¹. En revanche, la souffrance psychique impose un autre positionnement.

Pour la psychodynamique, le travail ne peut être un opérateur de santé que dans la mesure où il permet aux hommes et aux femmes d'apporter et de faire reconnaître leur contribution à la construction du monde commun. Une telle position, dans la mesure où elle donne un caractère central à la reconnaissance de la contribution des agents, conduit à une approche renouvelée de la question de l'action. Il devient difficile de soutenir qu'il y aurait d'un côté l'activité de l'opérateur déployée face aux déterminants de la situation et, de l'autre, ailleurs ou assumé par d'autres, l'action, expression des capacités politiques spécifiquement humaines. Les salariés sont massivement préoccupés par les questions d'organisation du travail et celles-ci sont aujourd'hui des questions de société de la première importance. La question centrale de l'intervention se déplace donc. Il ne s'agit plus pour le professionnel de peser directement sur les

¹ - Cette affirmation apparemment raisonnable mériterait d'être fortement nuancé mais cela nécessiterait une discussion qui dépasse le cadre de cette contribution.

transformations mais de soutenir les salariés dans le travail de constitution de leurs propres points de vue sur les évolutions de l'organisation.

Référé aux questions du sens, de la souffrance, de la santé, le travail des professionnels de la santé au travail, est posé comme **assistance à la pensée** individuelle et collective. Parce que la pensée fait barrage à la désintégration, tant au plan social qu'au plan psychique.

L'action dont il est question en psychodynamique se joue donc à deux niveaux. Dans l'enquête, l'action est celle des hommes et de femmes qui assurent et organisent le travail et non celle des chercheurs en psychodynamique. Ceux-ci suspendent leurs propres exigences d'affirmation personnelle pour mettre leur capacité d'analyse au service de l'élaboration de leur point de vue par les salariés. L'action des chercheurs se joue à un autre niveau, hors de l'enquête, vis à vis de la communauté scientifique et plus largement de la société, dans le débat théorique, méthodologique, éthique et politique. Ce soin accordé au positionnement, qui constitue à mes yeux la spécificité majeure de la psychodynamique, est aussi me semble-t-il un de ses apports les plus mal compris. Alors qu'elle met au centre de ses préoccupations, non pas l'activité mais l'action, la position de la psychodynamique est paradoxalement interprétée par un certain nombre d'ergonomes comme un désintérêt pour l'action... Et de fait, la reprise des apports de la psychodynamique par les praticiens va être assez chaotique.

C - La prise en charge de questions de santé au travail.

a - La reprise des apports théoriques de la psychodynamique

En pointant au sein de l'entreprise la question du débat sur les valeurs et en mettant en exergue l'ouverture de l'activité technique sur l'action, la psychodynamique s'est inscrite à contre courant par rapport à l'évolution des pratiques des intervenants en entreprise. Le déséquilibre des relations sociales a en effet entraîné chez nombre de professionnels ou de chercheurs un infléchissement nettement perceptible dans le sens d'une mobilisation au service des directions d'entreprises. C'est probablement du côté de la sociologie que le mouvement d'alignement sur les exigences économiques a été le plus perceptible. Les années 80 ont vu la quasi disparition de la sociologie du travail au profit de la sociologie d'entreprise. De même, du côté de l'ergonomie, le centre de gravité s'est déplacé de l'intervention telle qu'elle était pratiquée au CNAM, vers des pratiques de conseil aux management ou vers l'ergonomie de produit. Hubault a

parlé d'une "*désertion des situations réelles*" (Hubault, 1996). De même Duraffourg (1995) a évoqué "*l'affaiblissement d'une orientation commandée par un intérêt d'émancipation du travail humain au profit d'une orientation manifestant la volonté de disposer techniquement de processus objectivés*". Dans la même période nous avons observé en médecine du travail la réapparition d'une médecine explicitement référée aux valeurs de l'entreprise, alors que ce courant ne s'était plus manifesté ouvertement depuis la fin des années 60. Enfin, nous avons assisté à de nombreuses tentatives de la part des directions d'entreprise et des organisations patronales pour s'assurer un meilleur contrôle de l'activité des professionnels de la santé au travail. La manifestation la plus bruyante en a été l'affaire Imbernon mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle n'est qu'un épisode aigu sur un fond de pression continue redoutablement efficace.

Les apports théoriques de la psychodynamique ont cependant suscité un fort intérêt chez les praticiens de la santé au travail.

La théorie a permis de poser à nouveaux frais l'importance de la santé au travail. De ce point de vue elle a contribué à légitimer les professionnels qui refusaient d'inscrire leur action dans le cadre limité des valeurs de l'entreprise. Ce mouvement a poussé les médecins du travail à réaffirmer l'inscription de leur activité dans le cadre de la déontologie médicale. Dans le même ordre d'idées, l'ANACT a refait de la question de la santé un axe spécifique de ses préoccupations, manifestant par là que la santé au travail ne dérivait pas nécessairement de la modernisation de l'entreprise. Un regain d'intérêt pour les questions de santé au travail est de même nettement perceptible au sein des confédérations syndicales. Au moment où chacun s'accordait pour déplorer le recul du politique, la question de la santé au travail retravaillée par la psychodynamique du travail, apparaît comme éminemment politique. Elle a donc contribué à redonner du sens à l'activité des praticiens de la santé au travail.

Le deuxième effet de la psychodynamique s'est manifesté sous la forme de la mise en place dans plusieurs professions (médecins, consultants, travailleurs sociaux..) de groupes de réflexion sur les pratiques professionnelles. La psychodynamique a permis à un certain nombre de professionnels d'exprimer leur propre souffrance, de rompre avec le déni qui entoure l'écart entre les objectifs théoriques de prévention et le sort réellement fait aux questions de santé dans l'entreprise, et de mettre en discussion leurs règles de métier. Parmi les initiatives qui mériteraient d'être reprises dans d'autres milieux, il faut citer le travail mené au sein de l'ANACT sur la définition des indicateurs pouvant alerter sur le fait qu'une intervention est mal engagée et que l'intervenant se trouve en danger.

Enfin ce travail de réflexion s'est traduit, chez les médecins du travail, par la recherche d'issues dans le témoignage individuel et collectif à l'extérieur de l'entreprise. Les manifestations les plus connues ont été la publication du livre "Paroles de médecin du travail" et la prise de position publique commune de l'ensemble des médecins du travail d'un secteur de Bourg en Bresse.

Toutes ces avancées et bien d'autres dont je n'ai pas connaissance témoignent de la vitalité persistante d'un frange de professionnels de la santé au travail et de l'apport qu'a représenté pour eux la psychodynamique. Elles ne doivent cependant pas masquer le caractère limité de la reprise des acquis de la psychodynamique. Le plus souvent, les praticiens ont utilisé la psychodynamique pour renforcer leur propre action. En revanche, le message central de la psychodynamique - la psychodynamique comme discipline clinique, la psychodynamique comme exigence de soutien à l'élaboration de leur histoire par les salariés eux mêmes - n'a été que très peu repris.

B - Faiblesse de la reprise du positionnement clinique de la psychodynamique

Sur la question du positionnement clinique, Christophe Dejours s'est très clairement exprimé dans son intervention aux Etats Généraux de La Santé au Travail (1996) :

"La personne joue ici un rôle essentiel dans la lutte pour la santé. Non pas en s'organisant contre la maladie mais en orientant ses efforts en vue de conquérir, de conserver et de défendre sa normalité. [...]. La normalité se conquiert et ne peut l'être que par le sujet lui-même. La seule possibilité d'intervention rationnelle pour le praticien consiste à apporter une contribution en vue d'aider le sujet à trouver son propre chemin vers la normalité. Cela suppose fondamentalement deux conditions :

a - comprendre les dynamiques intersubjectives, psychologiques et sociales, dans lesquelles le sujet s'embourbe ;

b - ne jamais se substituer au sujet et s'en tenir à l'accompagner, à l'assister ou à l'aider. L'aider à quoi ? A penser, à analyser, à élaborer, à délibérer, à faire des choix, enfin à prendre ses décisions".

De ce point de vue, presque tout reste à faire.

La question fait l'objet d'un débat au sein de l'ergonomie. La position par rapport à une action qui ne serait pas celle de l'ergonome est évoquée par Hubault (1996) : *"A quoi rime le travail de l'ergonome, alors ? A aider les opérateurs à passer (mieux) des compromis qui marchent (mieux) [...] élargir, à partir de la*

valorisation du travail, l'espace politique des choix qui s'offrent aux acteurs de l'entreprise". Et plus loin : "*accroître la diversité des significations, des compréhensions des approches*". Mais nous sommes loin de l'unanimité. Ainsi, à Jacques Curie affirmant que le rôle de l'ergonome est d'éclairer les choix de acteurs au sein de l'entreprise, de Montmollin répondait que ce rôle de lampadaire lui paraissait excessivement modeste.

Au delà de ces débats de principe, l'engagement des ergonomes au service de la réflexion des salariés reste excessivement limité. Les quelques chercheurs préoccupés de la transmission des acquis de l'ergonomie en direction des travailleurs restent sur ce point peu suivis (Teiger). Dans la situation actuelle de déséquilibre des relations sociales, il est choquant de constater la disproportion entre l'investissement des ergonomes dans le travail auprès des directions et le faible souci manifesté vis à vis de la façon dont les représentants syndicaux comprennent les questions du travail. Alors que le point de vue des directions fait l'objet d'une analyse et que le but de l'intervention est de le faire évoluer, à aucun moment le rapport avec les organisations syndicales n'est posé en terme de travail. Au mieux ces organisations sont informées du déroulement de l'intervention. Elles sont parfois purement et simplement contournées. Dans le même ordre d'idées, on peut constater que les liens qui pouvaient exister entre la recherche en santé au travail et les demandes syndicales autour du laboratoire d'ergonomie de Wisner se sont distendus. Les organisations syndicales se sont dotées de leurs propres organismes d'expertise. Cela constitue probablement pour les syndicalistes comme pour les chercheurs une situation plus confortable mais c'est aussi, de part et d'autre, un facteur d'appauvrissement de la pensée.

Du côté des médecins du travail, les positions du SMT (Association Santé et Médecine du Travail) témoignent bien de l'appropriation de la psychodynamique par les médecins du travail mais aussi des obstacles. On peut résumer l'analyse du SMT à quelques propositions. L'état des relations sociales dans les entreprises serait tel qu'il ne laisserait pas aux professionnels d'autre possibilité que le repli sur une écoute compassionnelle des salariés. La fermeture progressive des espaces publics internes rendrait nécessaire l'orientation des professionnels vers le témoignage au niveau de l'espace public externe, donc en dehors de l'entreprise. Elle justifierait le projet de réinscrire la santé au travail dans la santé publique (Huez 1996).

De belles choses ont été accomplies dans cette direction et j'ai moi-même encouragé et soutenu les démarches des professionnels en direction du témoignage public. Mais ce témoignage est d'autant plus légitime et pertinent qu'il est articulé sur la volonté de mener à terme tout ce qui peut être fait au sein

de l'entreprise. Or de ce côté, il faut bien comprendre qu'attitude compassionnelle et témoignage dans l'espace public ne constituent pas une aide à la pensée des salariés. Du point de vue de la psychodynamique, l'abandon de la perspective d'un espace public interne à l'entreprise pose problème. Si tout espace de coopération constitue un espace de confrontation de valeurs et de construction de règles alors il constitue un espace public potentiel. Et l'émergence de cet espace public dépend au premier chef de la capacité des agents à mettre en mots les valeurs qui sous-tendent leur engagement dans le travail. Il y a là une question qui concerne au premier chef la construction de la clinique en médecine du travail. En effet, les salariés expriment leur souffrance au cabinet médical, mais la plainte est en même temps affirmation de valeurs, affirmation d'un projet sur le monde même si celui-ci se heurte aux évolutions de l'organisation du travail. Compassion et témoignage saisissent les salariés sous l'angle de la souffrance. L'assistance à la pensée est plus exigeante ; elle est attentive à la souffrance de l'agent mais aussi à sa capacité de pensée et d'action. Dans cette direction, se posent une quantité de questions cliniques qui sont au cœur de l'activité quotidienne des médecins du travail et qui ne sont que peu ou pas discutées.

Enfin, l'émergence d'un espace public interne ne dépend pas que de la capacité des agents à penser leur situation. Elle suppose la confrontation des points de vue individuels, et la recherche d'un accord sur des transformations à promouvoir. Les efforts faits par le médecin du travail pour rendre compte publiquement de ce qu'il entend au cabinet peuvent contribuer à l'ouverture de ce débat. Mais cette ouverture ne dépend pas de lui. Elle dépend en grande partie des organisations syndicales.

De ce côté, la première difficulté tient à l'absence pure et simple de représentation du personnel dans une quantité d'entreprises. Cette faiblesse du syndicalisme est un des éléments constitutifs des difficultés actuelles. Les évolutions du monde du travail dans le sens de la fragmentation et de la précarisation rendent chaque jour la situation plus difficile. Mais le catastrophisme lui-même contribue à aggraver la situation. Or il y a des signes d'espoir. Je ne citerai que deux exemples, côté CFDT, le considérable développement de la syndicalisation des chauffeurs routiers, côté CGT, le travail effectué par Michel Lallier auprès des travailleurs de la sous-traitance, autour du site nucléaire de Chinon. Ces deux cas sont exemplaires en ce qu'ils touchent des groupes professionnels quasiment emblématiques de l'individualisation, de la précarisation et de la flexibilisation du monde du travail. Ils posent la question

de la construction, et de la mise en place de moyens pour un syndicalisme interentreprises et interprofessionnel, à côté du syndicalisme d'entreprise.

La deuxième difficulté tient aux réels obstacles rencontrés par les syndicalistes pour aborder les questions de santé au travail. Même lorsqu'ils s'en s'appuyant sur la psychodynamique, les militants syndicaux rencontrent nombre de difficultés. Difficultés du côté du syndicat, en terme de modification du mode de relations avec les salariés, mais aussi difficultés du côté des salariés eux-mêmes. En effet la mise en avant de revendications plus concrètes, plus proches du terrain, met les salariés en position de devoir soutenir leur point de vue sur l'organisation du travail. Plus les revendications sont proches du terrain, plus elles exposent les salariés. Au contraire, le caractère plus général, plus abstrait des revendication syndicales traditionnelles a quelque chose de protecteur. C'est ainsi que l'on voit des salariés exprimer des critiques très sévères et très documentées vis à vis de tel ou tel aspect de l'organisation du travail tout en refusant qu'il en soit fait état publiquement. Et les mêmes salariés participent aux actions (aux journées de grève par exemple) déclenchées par le syndicat alors que celles-ci sont pourtant sérieusement décalées par rapport à leurs problèmes de travail.

Manifestement, la prise de position publique sur les questions du travail suppose tout un processus de construction de la légitimité de la position, qui ne relève pas d'une clinique individuelle mais d'une élaboration collective au sein des collectifs de travail.

Or le plus souvent, les problèmes de santé sont considérés dans les syndicats comme des problèmes de CHSCT, distincts des autres secteurs de l'action syndicale et délégués à quelques militants spécialisés. La prise en charge des questions de santé au travail par les syndicalistes est alors calquée sur celle des professionnels, avec les mêmes limites. On retrouve une prédilection pour le point de vue expert.

Pour résumer, dans l'état actuel, il semble que l'activité des salariés est encore actuellement envisagée par les praticiens sous l'angle de la peine et de sa réduction. Seule l'activité des praticiens - qu'ils soient médecins, consultants, ou syndicalistes - est pensée comme action. Les apports théoriques, qu'ils proviennent de la psychodynamique ou d'autres disciplines sont utilisés pour accroître la virtuosité du praticien dans ses interventions à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise beaucoup plus que pour augmenter la capacité des salariés à penser individuellement et collectivement leur rapport au travail.

IV - Questions cliniques, questions théoriques :

Aborder les questions de santé au travail à la hauteur où elles se posent aujourd'hui dans la société demande d'intégrer les ruptures opérées par l'ergonomie puis par la psychodynamique : du jugement de conformité à l'attention portée par l'ergonomie à la variabilité, à la diversité et à l'activité ; de la prise en charge experte, à l'accent mis par la psychodynamique sur l'action des agents eux-mêmes et donc sur la citoyenneté.

Un tel déplacement pose de très difficiles problèmes en termes de pratiques. La position d'assistance non substitutive à la pensée doit en effet à chaque fois être intégrée et articulée dans le contexte des responsabilités propres à chaque catégorie de praticiens. Et ce travail est encore à faire. Nous ne pouvons donc que donner quelques indications sur la façon dont nous abordons ce problème à partir de l'expérience des médecins du travail.

a - Avancer sur la question de l'assistance non substitutive à la pensée.

Les praticiens de la santé au travail ont tendance à aborder les salariés sur le mode de l'interrogatoire. Il s'agit de recueillir un certain nombre d'informations qui prennent leur sens en référence aux préoccupations du praticien. Dans ce type de relation, particulièrement formalisé dans le cadre de l'interrogatoire médical, le praticien observe et interroge ; le salarié fournit ou non les informations qui lui sont demandées. La communication entre les deux personnes vise à donner au praticien les moyens de penser la situation.

Aider le ou les salariés à penser suppose un changement de régime. Il faut passer de l'interrogatoire à l'écoute du récit. L'interrogatoire assujettit l'autre. Le récit lui permet de se manifester comme humain - comme mortel dirait Arendt. “ *La principale caractéristique de cette vie spécifiquement humaine, [...] C'est d'être toujours empli d'événements qui à la fin peuvent être racontés, peuvent fonder une biographie* ”. (Arendt, p 142)

L'interrogatoire et l'écoute du récit produisent des choses très différentes. Il suffit de citer comment nos interlocuteurs salariés amorcent leur histoire, dans un travail sur les pathologies d'hyperutilisation, selon que l'entretien est orienté d'une façon ou de l'autre :

- *J'ai un syndrome du canal carpien. C'est dû à la répétition des mouvements de flexion / extension du poignet au cours de mon travail...*

Ou bien :

- *J'ai passé mon enfance dans une ferme près de Tlemcen. Mon père avait une petite exploitation mais nous travaillions aussi sur les terres des propriétaires voisins...*

Le récit nous intéresse dans la mesure où il est une occasion de travail pour celui qui raconte. En effet, le récit se développe à partir du vécu singulier du sujet. La fonction du récit, c'est l'élaboration d'un traumatisme, le travail de liaison qui permet de passer de la répétition du vécu douloureux à la construction du souvenir, à l'intégration de l'événement vécu dans une histoire personnelle.

Mais en même temps, le récit suppose la médiation du langage, de la culture, des traditions accumulées. Le récit n'a de sens qu'en référence aux récits déjà construits. Par le récit, "un pont est jeté entre la mémoire individuelle et la mémoire collective" (Ricoeur).

Le récit touche ainsi doublement au cœur de la question de l'identité. Il réaffirme l'unité et la continuité biographique de la vie spécifiquement humaine. Et il réalise en même temps l'inscription du sujet dans la collectivité humaine. Le sujet soumet en effet son histoire au jugement de tiers. Et cette histoire n'est ni un simple enchaînement d'événements ni la simple reprise d'histoires déjà racontées. Elle manifeste la capacité du sujet à utiliser à la fois son rapport au réel et les ressources de la tradition dans laquelle il s'inscrit pour produire du sens.

Enfin le récit est lié à l'action. D'une part, il affirme la singularité d'un rapport au monde. A travers lui, l'humain se manifeste comme souffrant mais aussi comme porteur d'un projet sur le monde. D'autre part ouvre sur la pluralité. En effet, une série d'événements peut toujours être racontée de façon différente. A travers le récit, l'homme se manifeste donc en tant qu'homme. Il introduit de la différence. Il élargit l'espace de l'expérience partagée. Il est producteur de sens.

Aider à penser, c'est donc aider à raconter. La différence par rapport à un interrogatoire médical est nette. L'objectif c'est l'appropriation par le sujet de sa propre histoire, la construction de liens, travail à l'issue duquel la personne ne pense plus sa vie tout à fait de la même façon.

Un tel travail dépend de la qualité d'écoute du praticien. Et cette qualité n'est pas de l'ordre de la compassion. Elle relève de la compétence professionnelle. Elle suppose un positionnement qui n'est probablement pas soutenable en dehors du cadre de la relation clinique et du type particulier de responsabilité qu'elle implique. La première condition, c'est la suspension momentanée, du côté du praticien, de l'exigence d'accomplissement personnel. Il ne s'agit pas pour lui de constituer son point de vue mais de comprendre le point de vue de l'autre. Cela ne signifie pourtant pas une acceptation pure et simple du récit. Tout récit

comporte des zones d'ombre, des simplifications, des courts-circuits qui témoignent de la difficulté à construire les liens entre les différentes dimensions de la vie. L'efficacité de l'écoute est liée à la capacité du professionnel à repérer ce qu'il ne comprend pas de l'histoire qui lui est racontée et à poser les questions qui vont justement permettre au salarié de construire les liens manquants. Et cela demande paradoxalement un bagage théorique important. Un bagage suffisant pour ne plus considérer la théorie comme répondant de la réalité mais comme permettant d'interroger cette réalité. Là où le sens commun ne voit qu'évidence, la théorie pointe les zones énigmatiques de l'engagement dans le travail : caractère énigmatique du travail, caractère énigmatique de la coopération, caractère énigmatique de l'articulation des différents systèmes de vie. Il est nécessaire d'avoir perçu les dimensions dramatiques de ces différentes énigmes pour pouvoir questionner les salariés sur la façon dont ils y font face. Alors, entre le salarié qui explique et le professionnel qui apprend, s'établit un véritable espace de travail. Et ce n'est pas une formule de style. Il faut avoir vécu cela, avoir senti comment chacun des deux partenaires sort de cet espace avec un point de vue différent. Tobie Nathan exprimait il y a quelque temps dans *Le Monde* un point de vue très proche : *“ en matière de psychothérapie [...] par une curieuse alchimie, lorsque la situation produit de la pensée, le patient va mieux et lorsqu'elle ne fait que confirmer des dogmes, il ne se passe pas grand chose ”*. (Tobie Nathan, Une psychologie qui prend des risques, *Le Monde* samedi 4 janvier 1997). La pensée a un effet thérapeutique parce qu'elle permet au sujet de reprendre pied dans le domaine de l'action. Comme le dit très clairement Ricoeur, « le procès d'interlocution, le jeu de la question et de la réponse introduit l'échange des récits dans un espace public concret » (Ricoeur, 1996).

Une telle démarche permet, de part et d'autre, de revenir sur la question de l'organisation du travail avec des perspectives renouvelées.

Enfin, si nous admettons que la théorie doit servir à soutenir l'interrogation, nous sommes inévitablement amenés à interroger la théorie à partir des phénomènes que nous rencontrons et dont elle ne semble pas rendre compte.

Les difficultés rencontrées dans la pratique conduisent donc à poser de nouvelles questions théoriques.

V - Retour à la théorie

L'élaboration théorique en psychodynamique a mis essentiellement l'accent sur les relations entre la santé, l'accomplissement de soi, et la coopération.

Mais les situations qui nous posent problème sont justement caractérisées par les obstacles à l'accomplissement de soi. Penser le travail, c'est aussi penser la façon dont se manifestent ces obstacles. Cela renvoie me semble-t-il à deux obstacles pratiquement opposés qui, chacun à sa façon, bornent la quête d'identité. Le premier tient aux rapports sociaux, le second à l'éthique.

A - Les rapports sociaux : de la quête d'identité à la lutte pour la reconnaissance.

La psychodynamique traite de l'action et plus particulièrement de l'action des agents dans le travail. Mais elle en traite à partir d'une tradition d'intervention qui est celle des praticiens et des chercheurs en santé au travail, c'est à dire à partir d'une tradition qui se veut distanciée par rapport aux rapports sociaux. Pour les praticiens, penser le travail, c'est le penser en termes de coopération, en terme de reconnaissances mutuelles, entre les hommes et les femmes, entre la hiérarchie et les agents. La tendance est alors à traiter des obstacles à la coopération en termes de pathologie de la communication.

Penser le travail, pour les hommes et des femmes qui l'exécutent, cela implique autre chose. Cela implique de pendre en compte le fait que ces obstacles à la communication renvoient à de réels antagonismes. Manifestement, les exigences de la coopération et les logiques financières sont très loin d'être naturellement convergentes. Pas plus que ne sont convergentes les conceptions qu'ont de leur accomplissement personnel les hommes et les femmes. Là où les praticiens soutiennent le point de vue de la coopération, les agents luttent pour la reconnaissance. Pour les agents, penser le travail dans une perspective d'action, c'est donc penser aussi cette dimension conflictuelle de l'action, cet enchevêtrement à chaque fois singulier de coopération, d'oppression et d'exploitation.

Cela donne, me semble-t-il, une forte actualité aux questions que posait Danièle Kergoat en 1988 : “ *Les travaux de ces dernières années ont largement démontré que les mécanismes d'oppression et d'exploitation pèsent sur les groupes et leur constitution, structurent les rapports sociaux globaux de classe et de sexe, permettent de rendre compte des pratiques sociales. [...] nous avons beaucoup avancé sur le pourquoi les choses se passent de telle ou telle manière ; par contre le comment reste énigmatique : comment les acteurs sociaux (individuels et collectifs) supportent-ils, reflètent-ils, s'opposent-ils, contournent-ils... les rapports sociaux* ”.

B - Porter attention à la souffrance de l'autre.

La deuxième question est quasiment l'opposé de la première. Dire que la reconnaissance est l'enjeu d'un combat, pourrait signifier que l'accomplissement de soi s'étend légitimement aussi loin que la puissance de l'individu. C'est le *conatus essendi* de Spinoza, la persévérance dans l'être, la vie comme puissance portée indéfiniment à s'affirmer et à croître. Mais cette poussée rencontre un obstacle qui n'est pas de l'ordre de la résistance extérieure : la dimension éthique. Pour Lévinas comme pour Ricoeur, elle tient à la rencontre du visage de l'autre qui dans sa singularité mais aussi dans sa fragilité constitue un appel à la reconnaissance. Il y a là une contradiction tout aussi importante que la précédente : il n'y a pas continuité entre la poursuite de l'accomplissement de soi et l'attention à la souffrance de l'autre. Bien au contraire la violence du déploiement de l'être conduit à se détourner de la souffrance de l'autre. L'attention à la souffrance de l'autre, dans la mesure où elle peut m'amener à faire passer l'autre avant moi, vient interférer avec la quête d'accomplissement. Ici encore, la même question se pose. Comment se réalisent concrètement les arbitrages entre ces exigences plus ou moins contradictoires. C'est aussi la question formulée par Pharo : "A quelles conditions les êtres humains prêtent-ils attention à la souffrance des autres ? ».

Penser le travail, implique donc d'articuler trois dimensions : celle de l'activité, celle du politique, celle de l'éthique. Trois dimensions qui possèdent une intersection mais qui comportent des exigences propres (Ricoeur, 1986). Pour le praticien, porter sur l'agent un regard qui ne soit pas mutilant implique de le considérer dans ces trois dimensions. La désarticulation de ces trois domaines constitue en effet une attaque contre l'identité..