

note scientifique & technique

**Intervenir en santé mentale
au travail**

Témoignage de quatre
professionnels confirmés

NS 256

NOTE SCIENTIFIQUE & TECHNIQUE

INTERVENIR EN SANTE MENTALE AU TRAVAIL

TEMOIGNAGE DE QUATRE PROFESSIONNELS CONFIRMES

Marc Favaro

INRS
Département Homme au Travail
Laboratoire Gestion de la Sécurité

INRS - Note scientifique et technique n°256

Novembre 2005

« Ce que j'appelle élucidation est le travail par lequel les hommes essaient de penser ce qu'ils font et de savoir ce qu'ils pensent »

C. Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 1975

L'auteur tient à remercier Philippe Davezies, Michèle Drida, Solange Lapeyrière et Marie Pascual pour avoir accepté de témoigner de leurs expériences respectives d'intervention et de consultation en santé mentale au travail. Sans leur contribution de professionnels reconnus pour leur grande compétence, ce travail n'aurait pas été envisageable.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION : PRESENTATION DE L'ETUDE ET DES PROFESSIONNELS RENCONTRES	1
II- DE QUELQUES ENJEUX AUTOUR DE L'ACTION EN SANTE MENTALE AU TRAVAIL	5
II.1- Régulations-dérégulations du rapport subjectif au travail	5
II.2- Logiques de connaissance et logiques d'action	6
II.3- La place de l'intervention entre individu et organisation	7
II.4- La place de l'intervention entre prévention et soin	9
III- ITINERAIRES DE LA PROFESSIONNALISATION	12
III.1- Michèle	12
III.2- Marie	13
III.3- Philippe	14
III.4- Solange	14
IV- MODELES A SUIVRE ?	17
IV.1- Une dominante : la psychodynamique du travail	17
IV.2- Deux «classiques » : psychosociologie et ergonomie	19
IV.3- Une orientation émergente : la clinique médicale du travail	20
V- PARCOURS DE L'INTERVENTION	23
V.1- Comprendre la nature de la demande	23
V.2- Appréhender le lien social dans l'entreprise	24
V.3- Mobiliser les tiers	24
V.4- Mobiliser l'organisation	26

VI- PREUVES ET EPREUVES DE LA PRATIQUE	29
VI.1- Aider la personne à restaurer sa dignité	29
VI.2- Aider la personne à retrouver sa confiance	30
VI.3- Maîtriser les réactions de l'organisation	31
VI.4- Déchiffrer le sens d'une situation de travail	34
VII- DEFIS DE LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL	37
VII.1- Faire prendre en compte la subjectivité au travail	37
VII.2- Privilégier les pratiques sur les savoirs	38
VII.3- S'adapter aux évolutions sociétales : l'exemple du harcèlement moral	40
VII.3.1- Une conséquence « statistique »	40
VII.3.2- Une conséquence « clinique »	41
VII.3.3- Une conséquence « dynamique »	41
VII.4- S'adapter à la diversité des publics	42
VII.4.1- Les employés	42
VII.4.2- Les cadres	42
VII.4.3- Les dirigeants	43
VII.5- Faire évoluer les dispositifs d'intervention et de prise en charge	43
VII.5.1- Extension des cellules d'écoute	43
VII.5.2- Nécessité d'une coordination	44
VII.5.3- Interrogations sur l'avenir de l'aptitude médicale	44
VII.5.4- Impact de l'obligation d'Evaluation des Risques	45
VII.6- Atteintes en retour : souffrance et précarité des professionnels de la santé mentale au travail	47
VIII- CONCLUSION : PROPOSITION POUR UN PROGRAMME D'ETUDE THEORICO-PRATIQUE DE LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL	48
VIII.1- Une problématique de l'empêchement de penser	48
VIII.2- Une posture interactionniste pour le praticien	49
REFERENCES	51

I- INTRODUCTION : PRESENTATION DE L'ETUDE ET DES PROFESSIONNELS RENCONTRES

Trois grandes catégories de facteurs de risques¹ au travail s'imposent à l'attention des professionnels de la prévention de la Santé-Sécurité au Travail :

-les facteurs de risque physiques ou « d'accident » traitent des atteintes brutales à l'intégrité des individus. C'est le domaine traditionnel de la sécurité, au sens de lutte contre la survenue d'accidents au travail : chutes, coupures, écrasements, électrocutions.

-les facteurs de risque physiologiques ou « de maladie » concernent les nombreuses formes d'expositions cumulées à l'origine de maladies liées au travail : intoxications, surdités, allergies, lombalgies, mouvements répétées, hyper-sollicitations. Il s'agit ici de santé physique au travail.

-les facteurs de risque psychologiques ou « de souffrance », conséquence indésirable et en forte expansion de nouvelles formes d'organisation du travail ou de management : mal-être, stress, violences, harcèlements, épuisements, décompensations.

Dans cette étude, nous abordons exclusivement cette dernière catégorie de facteurs, ceci à partir de quatre témoignages de professionnels confirmés (plus de 10 années de pratique de terrain) de l'intervention en santé mentale au travail².

C'est dire aussi que nous traitons cette question moins en termes de prévention, au sens de définir et mettre en œuvre divers dispositifs amont, qu'en termes d'action sur des situations d'ores et déjà dégradées.

Un tel choix est lié à la spécificité du thème, pour lequel l'établissement d'une prévention primaire (action sur les facteurs contributifs des désordres rencontrés) est, malgré sa nécessité, malaisé à concevoir, notamment de par le caractère diffus, souvent perçu comme insaisissable des situations susceptibles d'être à l'origine des problèmes rencontrés.

Que veut dire par exemple anticiper un « risque de harcèlement », ou « d'épuisement » ? Autrement dit détecter divers facteurs de risques (qu'ils soient organisationnels, managériaux, psycho(patho)logiques, culturels) avant même qu'ils ne viennent à s'incarner au travers d'une ou plusieurs atteintes avérées ?

Ici comme ailleurs en prévention, l'effet de rétrospectivité³ apparaît très marqué, faisant qu'une fois le problème devenu évident, les observateurs extérieurs à la situation se prononcent sur les remèdes qu'il aurait fallu employer pour éviter la réalisation du risque...

Plus spécifiquement, la difficulté vient aussi de l'intrication entre contextes organisationnels et trajectoires individuelles, faisant que la plainte et/ou la demande d'aide est toujours porteuse (dans des rapports certes très variables) tout autant d'une spécificité d'agression ou de contrainte propre au milieu de travail, que de la singularité

¹ Au sens courant de « tous les aspects de la situation de travail qui ont la propriété ou la capacité de causer un dommage » (Malchaire, 2002).

² Professionnels qui de fait se situent plus largement dans le champ des conditions de travail. En effet, les désordres rencontrés dans les organisations, qu'ils soient de nature physique, physiologique ou psychologique, renvoient toujours à une problématique générique de conditions de travail.

³ Dans son ouvrage « l'Erreur Humaine », Reason (1993) propose une postface intitulée « La sagesse après coup » (pp. 289-291 de la version française). L'application aux risques industriels majeurs qu'il propose de ce phénomène bien connu des psychologues, par lequel « la connaissance du résultat influence profondément la façon dont nous considérons les événements passés » vaut tout autant en matière de risques psychosociaux.

de chaque sujet souffrant (par son histoire personnelle, son parcours de vie, ses forces et faiblesses propres).

Pour autant, ces remarques ne signifient pas qu'il faille abandonner le projet d'établir une prévention des risques psychosociaux en entreprise ! D'ailleurs nombre d'auteurs spécialisés dans l'intervention sur les risques de souffrance professionnelle proposent des dispositifs conçus en ce sens⁴.

Toutefois il y aura toujours nécessité de répondre à une demande *a posteriori* d'écoute, d'orientation, d'aide, de soutien ou de soin. D'ailleurs l'expertise ainsi constituée conditionne fortement en retour réalisme et pertinence de dispositifs de prévention établis *a priori*. En somme, ici comme pour d'autres formes d'expositions, doit-on veiller à une exploitation optimale de ce « retour d'expérience » cher aux ingénieurs et gestionnaires du risque.

Un dernier élément à noter est que la littérature française et internationale consacrée à la santé mentale au travail est très fournie. Ce constat est à la mesure certainement de l'importance que nos sociétés accordent à ce phénomène collectivement indésirable et destructeur pour les personnes atteintes⁵.

C'est en somme l'écart perçu entre le volume des contributions scientifiques (statistiques, étiologiques, expérimentales) et le peu d'informations empiriques (pratiques et stratégies d'interventions) disponibles qui a motivé cette démarche d'entretiens, effectuée avec quatre professionnels du domaine⁶.

-Michèle D. est psychosociologue. Elle a une longue expérience de l'intervention en entreprise, acquise lorsqu'elle était salariée d'un organisme spécialisé. La création à son initiative d'une association dédiée à la santé mentale au travail l'a conduite à développer en parallèle une activité de consultation individuelle. Par la suite, devenu indépendante, elle a poursuivi sa pratique d'intervention en santé mentale dans les entreprises.

-Marie P. est médecin du travail, avec une large expérience des questions de santé au travail (elle a longtemps été mobilisée sur le dossier « amiante »). Entre autres activités, elle exerce dans le cadre d'une consultation de type associatif engagée sur les questions de santé au travail.

-Philippe D. est ergonomiste et médecin du travail. Outre une activité universitaire consacrée aux questions générales de prévention en entreprise, il exerce sur le mode de la consultation hospitalière spécialisée, notamment pour répondre à des sollicitations d'expertises psycho-médicales de personnes en situation de souffrance professionnelle.

⁴ Pour illustration deux auteurs aussi connus que distincts, voire opposés dans leurs positionnements - Hirigoyen (2001) et Légeron (2003) - y consacrent respectivement les derniers chapitre et partie de leur ouvrage. Cf. aussi Poilpot-Rocaboy (2000), Gbézo (2001), Bréard & Pastor (2002), Courcy et alii (2004). Des propositions d'instances universitaires (Brun *et alii*, 2003) ou institutionnelles (AESST, 2002) sont aussi disponibles.

⁵ La sociologie s'est aussi fort à propos emparée du thème de l'intervention en santé mentale, montrant que l'application aux désordres du travail est un avatar de multiples désordres sociaux (grande pauvreté, délinquance) justifiant des dispositifs d'actions de formes très comparables à ceux observés pour le monde de l'entreprise (Fassin, 2004).

⁶ S'agissant de personnalités connues, chacune défendant publiquement une position originale des questions abordées ici, l'anonymat, envisagé dans un premier temps, serait illusoire et surtout n'aurait guère de sens. Après concertation avec nos interlocuteurs, nous avons opté pour une identification « raisonnée ». Autrement dit pour une forme publique des propos tenus, sans donner pour autant d'informations, notamment biographiques, non nécessaires à ce travail.

-Solange L. est consultante dans le domaine des conditions de travail. Elle possède une double formation, la psychologie et l'ergonomie. Elle a créé sa structure et travaille en collaboration avec d'autres consultants. En tant qu'expert agréé pour les CHSCT, elle a été sollicitée ces dernières années sur les questions de stress et de harcèlement moral.

En matière d'intervention sur les questions de santé au travail, deux démarches s'observent, dont notre échantillon représente diversement chaque pôle : l'intervention en entreprise et la consultation individuelle⁷.

Dans le cadre de ses interventions en entreprise, Solange associe des formes d'accompagnement individuel et de groupe, en fonction des circonstances.

Philippe et Marie exercent préférentiellement sur le mode de la consultation externe.

Michèle a une double pratique d'intervention et de consultation.

Les entretiens se sont déroulés sur une durée approximative d'une heure et demie. Chaque entretien a été enregistré puis intégralement retranscrit. Malgré la nécessité d'introduire artificiellement une ponctuation pour faciliter la lecture, nous avons largement conservé le style oral naturel des propos enregistrés. Toutefois seules apparaissent les parties jugées utiles pour l'étude⁸.

Cinq thèmes ont été abordés, qui font l'objet d'illustrations par chaque interlocuteur.

- Le parcours de formation professionnelle et personnelle, d'expériences antérieures ayant conduit chacun à son activité actuelle et à sa continuation : « itinéraires de la professionnalisation » (chap.III) ;
- Le ou les référents théoriques, méthodologiques, disciplinaires adoptés, discutés, personnalisés : « modèles à suivre ? » (chap.IV) ;
- Les diverses démarches de terrain, méthodes, tactiques, stratégies mises en œuvre dans le déroulement des interventions ou consultations : « parcours de l'intervention » (chap.V) ;
- Des illustrations de situations abordées, accompagnées le cas échéant de commentaires sur leur déroulement ou les résultats atteints : « preuves et épreuves de la pratique » (chap.VI) ;
- Enfin les jugements portés par chaque interlocuteur sur l'expérience acquise (réussites, difficultés) ainsi que sur les perspectives futures (actualité et évolution de la problématique de la santé au travail) : « défis de la santé mentale au travail » (chap.VII).

⁷ Nous n'aborderons pas les actions de formation, car ne relevant pas directement de l'intervention ou de la consultation.

⁸ Les retranscriptions des entretiens sont en caractères italiques. Elles ont été effectuées sous le strict contrôle de leurs auteurs, qui restaient libres d'y apporter *a posteriori* diverses modifications de forme ou de fond. Les coupures à notre initiative sont mentionnées par la graphie /.../. Afin de ne pas alourdir les citations, nos propres interventions de relance ou commentaires ont été systématiquement exclues. Toute information non indispensable à l'intelligibilité du propos et susceptible de favoriser une identification (prénoms, patronymes, intitulés d'entreprises ou d'associations) a été retirée des présentations et descriptions proposées.

Ce dossier de présentation de quatre expériences professionnelles spécifiques d'intervention et de consultation en santé mentale au travail est introduit par une discussion générale des enjeux liés à cette problématique d'action sur les risques psychosociaux.

L'étude conclut sur un programme de lecture théorique et transverse des questions qui auront été abordées, ainsi que sur la proposition d'une posture spécifique - à construire et à soutenir - d'intervention dans le champ de la santé mentale au travail.

II- DE QUELQUES ENJEUX AUTOUR DE L'ACTION EN SANTE MENTALE AU TRAVAIL

II.1- Régulations-dérégulations du rapport subjectif au travail

Le rapport subjectif au travail est au centre de la problématique de la souffrance professionnelle. Il peut être conçu simplement comme une recherche d'équilibre entre des dimensions de contraintes et de satisfactions. Lorsque les sources de satisfactions sont vécues comme supérieures aux contraintes, l'intéressé s'estime en règle générale satisfait de sa situation professionnelle.

Par exemple il jugera que le rapport entre sa contribution (temps de travail, efforts consacrés, prises d'initiatives) et sa rétribution (salaires, marques diverses de reconnaissance, progression de carrière) lui est favorable.

C'est bien entendu lorsque ce rapport s'inverse, faisant que les contraintes l'emportent sur les sources de satisfaction que la question du mal-être et au-delà de la souffrance prend toute sa signification. On conçoit de plus que l'écart entre les aspects satisfaisants et insatisfaisants puisse être extrêmement variable selon les individus et les situations rencontrées, allant d'un sentiment larvé d'insatisfaction jusqu'à une extrême souffrance.

L'intensification des difficultés psychologiques d'origines et de conséquences diverses (stress, harcèlement, violences, conflits) liées aux évolutions du monde du travail induit diverses formes d'intervention qu'il devient nécessaire de mieux identifier dans leurs principes, modalités de mise en œuvre et impacts.

En cela, notre contribution propose de situer délibérément le débat sur le plan des pratiques, internes autant qu'externes aux entreprises, plutôt que sur celui déjà bien constitué et évidemment complémentaire des travaux à visées plus explicitement scientifiques (enquêtes statistiques, modèles étiologiques).

Au plan empirique donc, il nous semble peu réaliste d'espérer mettre en place des pratiques d'analyse et *a fortiori* d'interventions efficaces, si elles se fondent sur une conception unitaire, indifférenciée du rapport au travail⁹.

En effet, le cadre hyperactif accordant, volontairement ou non, plus de temps à son activité professionnelle qu'à sa vie familiale, la secrétaire pour laquelle des déplacements professionnels ou des heures supplémentaires pourront entrer en conflit avec son rôle de mère, le technicien ou l'employé soucieux de préserver leur vie privée, car engagés par exemple dans des activités associatives, l'ouvrier menacé de déqualification car ses compétences correspondent de moins en moins aux besoins de son entreprise, ces exemples et bien d'autres montrent qu'en matière d'investissement professionnel, la diversité est le plus souvent la règle.

Simplement, parce que le sens du travail est affaire personnelle, intimement liée aux conditions, histoires et choix de vie de chacun, faisant qu'en cas de difficultés, chaque situation concrète devient une situation particulière, jamais vraiment réductible à un cas général.

Négliger cette dimension, par exemple en isolant fictivement vie privée et vie professionnelle¹⁰, compromet toute possibilité de donner du sens, *a fortiori* d'agir sur les

⁹ Ce que tendent, du moins implicitement, à véhiculer les nombreux modèles de la littérature (du stress, de la santé, etc., cf. Banyasz, 1998). En effet, un modèle explicatif doit par nature réduire la diversité des situations particulières pour parvenir à les unifier dans une systématisation d'ensemble. Pour un exposé très complet des modèles disponibles, notamment concernant le burn-out et les stratégies de coping, cf. Truchot (2004).

situations de souffrances pouvant se manifester dans les entreprises, ceci quelles qu'en soient les formes définies par les terminologies quelques peu abstraites qui les désignent tout en les particularisant : conflits, mal-être, harcèlement, violences, stress, épuisement ou résignation acquise¹¹.

Convenons toutefois que le terme « souffrance » prend valeur générique, en permettant notamment de distinguer entre problématiques de santé mentale au travail et autres formes d'atteintes évoquées en introduction (accidents, maladies professionnelles).

Non pas tant au motif que les problématiques seraient totalement distinctes en amont, mais plutôt parce que les pratiques d'interventions sont, elles, très différentes (et ne relèvent donc pas des mêmes compétences).

II.2- Logiques de connaissance et logiques d'action

Une tendance observable pour répondre aux interrogations de nos sociétés confrontées au développement, semble-t-il sans précédent, de diverses formes de souffrances associées au travail (Davezies, 2000) est la volonté « d'objectiver » ces dernières.

Par des moyens descriptifs variés, tels que questionnaires, mise au point de marqueurs biologiques et autres protocoles généralement très élaborés, épidémiologistes, médecins, chercheurs en sciences sociales (psychologues, sociologues) et divers autres acteurs interpellés par ces questions contribuent à une production scientifique et à un dialogue soutenu sur ces problématiques.

De tels travaux sont bien entendu nécessaires, notamment pour caractériser les problèmes rencontrés, contribuant ainsi à définir, structurer et améliorer les politiques de prévention. Mais a-t-on jamais vu qu'une étude, aussi conceptuellement bien construite et méthodologiquement rigoureuse soit-elle, améliore le sort d'individus concrets, pris dans des situations parfois dramatiques ?

En réalité, logiques de connaissance et logiques d'action diffèrent, autant dans leurs démarches que dans leurs finalités. Davezies (2001) exprime clairement cette distinction :

« En règle générale, entre le moment où une enquête par questionnaire est décidée et la production des résultats, il se passe, au bas mot, un à deux ans /.../ les enquêteurs prennent conscience, à ce moment, qu'ils ont utilisés des méthodes d'analyse orientées vers la production de résultats dont les critères de validité sont l'abstraction et la décontextualisation /.../ les exigences de l'action ne sont pas celles de la production de connaissance ».

Outre ces propos d'ordre épistémologique, considérer que les connaissances scientifiques transformeraient directement les pratiques reviendrait de plus à omettre que les circuits de décision reliant connaissance des situations et leurs transformations sont longs et parsemés d'obstacles : priorités d'agendas sociaux et politiques, controverses d'experts, coûts engagés, nécessité d'arbitrages entre objectifs contradictoires, etc.¹²

¹⁰ Concernant notamment les cadres, cf. Harvard Business Review (2000). Pour une recension en français de l'ouvrage, cf. Damon (2002).

¹¹ Sur cette dernière notion, cf. Van de Weerd (2002) et Grosjean (2005).

¹² La littérature sociologique consacrée à la place des experts dans la société, notamment en matière de politiques d'action sur les risques environnementaux et en santé publique, décrit très bien ces réalités complexes d'articulation entre connaissance et action (par ex. Callon *et alii*, 2001).

Qui s'occupe en attendant des dégâts humains occasionnés par certaines situations de travail ? Les médecins - du travail autant que libéraux - déjà très sollicités par ailleurs, s'avouent souvent insuffisamment formés pour répondre aux demandes pouvant leur être adressées.

Quant aux représentants syndicaux, outre qu'ils sont surtout présents dans les entreprises de grandes tailles, ont beaucoup à faire avec d'autres dossiers (menaces sur les emplois, restructurations, etc.), dossiers que par tradition et expérience ils maîtrisent souvent mieux que ceux relevant d'appels à l'aide de personnels en situation de souffrance.

Les employeurs quant à eux - dont il faut rappeler qu'ils dirigent pour une très large majorité des petites et même des très petites structures¹³ - peuvent se sentir bien embarrassés et démunis face aux problèmes rencontrés dans leurs entreprises. Au point parfois d'être tentés d'en minimiser l'importance, tant au plan des réalités humaines qu'économiques d'ailleurs¹⁴, voire même d'en dénier l'existence.

Sans compter que personne n'ayant le monopole de la souffrance, nombre de dirigeants sont eux-mêmes soumis à des exigences ou pressions très fortes - par exemple de la part d'actionnaires privilégiant la rentabilité financière sur toutes autres considérations - situations inductrices en outre de difficultés en chaîne aux niveaux hiérarchiques inférieurs.

II.3- La place de l'intervention entre individu et organisation

Outre l'offre des thérapeutes libéraux, il existe aujourd'hui des lieux spécialisés de consultations, du type « souffrance au travail », par exemple dans diverses institutions hospitalières. C'est tout à fait indispensable car nombre de personnes en grande difficulté peuvent y rencontrer des professionnels de la santé mentale - médecins, psychologues, psychiatres, psychanalystes - en mesure de les aider à trouver en eux-mêmes les ressources qui leur permettront autant que possible de se dégager de processus psychologiquement délétères, voire de les identifier et de les infléchir, sur un mode individuel ou collectif.

Ceci étant, l'articulation aux contextes de travail s'opère difficilement, sinon par le moyen privilégié de la parole des personnes concernées. Il serait d'ailleurs loisible de critiquer ces dispositifs de soin ou de soutien, au motif de leur éloignement des contextes relationnels où s'originent les processus inducteurs des souffrances vécues (ou qui les entretiennent).

Divers acteurs dans le champ de la santé mentale au travail s'insurgent ainsi contre les pratiques d'interventions n'agissant pas ou insuffisamment à leurs yeux sur le contexte professionnel des personnes en souffrance. Le principal motif invoqué est la déresponsabilisation des entreprises au profit d'une attribution quasi-exclusive des difficultés aux caractéristiques personnelles des victimes¹⁵.

¹³ Une entreprise sur deux n'a pas de salariés et au total 99,8 % des entreprises européennes sont petites ou très petites. Ces entreprises emploient deux employés sur trois (Eurostat, 2001).

¹⁴ Ainsi le coût agrégé de l'absentéisme (maladies cardio-vasculaires, dépressions, troubles musculo-squelettiques et lombalgies) estimé pour la France en 2000 s'élèverait à 204,2 millions d'Euros (Mouze-Amady & Neboit, 2003).

¹⁵ Avatar moderne de la théorie de la « prédisposition aux accidents » qui a dominé la recherche en accidentologie de 1919 - date de sa première formulation par Greenwood & Woods - jusqu'aux années 60 et au delà, période d'émergence et d'imposition progressive du paradigme ergonomique de la sécurité, privilégiant la connaissance fine des contextes de travail dans la formation des expositions aux accidents (cf. Favaro, 1989-90).

C'est en effet une limitation réelle et sérieuse, mais dont on ne voit pas pour quel motif intangible elle devrait condamner les pratiques centrées sur les personnes, au bénéfice d'une action politique visant prioritairement les transformations d'un monde du travail effectivement devenu pour beaucoup et pour bien des raisons passablement invivable.

Action légitime et louable donc, mais qui imposée comme seule forme noble de démarche, ne ferait qu'ajouter au clivage « connaissance/action » développé au paragraphe précédent, un second clivage « individu/entreprise » conduisant à privilégier la quête supra-individuelle de justice collective, au détriment de la prise en compte plus individuelle et subjective de la souffrance.

Outre que les dispositifs d'accès vers une aide ont le mérite d'exister - même insuffisants et perfectibles - il est aussi tout à fait possible de défendre au plan théorique, et plus précisément au plan d'une théorie de la vie mentale et de ses désordres, un ensemble de pratiques thérapeutiques ou de soutien ne nécessitant pas d'agir exclusivement sur l'environnement en cause, mais plutôt sur les représentations de ces environnements et leurs effets sur les personnes¹⁶.

Ajoutons qu'au-delà des épistémologies propres aux différentes écoles de pensée, les organisations de travail sont composées de femmes et d'hommes qui participent, chacun à leurs places (explicites ou implicites)¹⁷, de leur construction et de leur dynamique. Ceci en y projetant pour le meilleur et le pire leurs vertus comme leurs travers, en bref leurs névroses individuelles autant que collectives¹⁸.

Pour revenir à l'action interne aux entreprises, il est vrai qu'il existe nombre de prestataires spécialisés en « gestion du stress », apprentissages de comportements adaptés (gestion de situations de violences par exemple) et autres propositions d'allures plus visiblement commerciales.

Ces offres adressées aux entreprises posent de fait le plus de problèmes de positionnement, étant entendu qu'en matière de souffrances au travail, la situation de découplage entre demandeurs – généralement les employeurs - et destinataires y apparaît très marquée. Autrement dit, les financeurs sont rarement les bénéficiaires des dispositifs mis en place.

Or, est-il besoin d'indiquer qu'en matière d'intervention, du moins directe, sur des situations de souffrance, il est tout à fait indispensable, ne serait-ce que pour établir les conditions minimales d'une confiance sans laquelle rien n'est possible, d'assurer une neutralité de tous les instants de l'action envisagée ?

Dans ces conditions, quel genre de contrat peut-il vraiment s'établir entre divers protagonistes, qui puisse garantir de telles conditions préalables ? Nous ne disons pas que cela soit impossible. Seulement que les exigences d'établissement d'un cadre d'action de ce genre sont élevées, trop peut-être dans certains contextes, faisant que prestataires autant que demandeurs pourront alors être tentés par divers « aménagements ».

¹⁶ Par exemple, et malgré leurs divergences par ailleurs, les cadres conceptuels de la psychanalyse, des approches rogériennes (Bioy & Maquet, 2003) ou encore le courant des thérapies brèves (Wittezaele, 2003) sont tous porteurs de cette conception d'une clinique centrée sur l'individu au travers de sa demande.

¹⁷ Comme le montre bien le courant de l'analyse stratégique des organisations, centrée sur les jeux locaux de pouvoirs et contre-pouvoirs, de marges de manoeuvre, de « système d'action concret » (Crozier & Friedberg, 1977 ; Bernoux, 1985).

¹⁸ Sur ce point de la projection des problématiques individuelles vers les organisations, cf. Palazzoli *et alii* (1984), de Vries & Miller (1985), Enriquez (1992), Nardone *et alii* (1999), Novarra (2004).

Un risque est alors de produire ou d'entretenir *de facto* des dysfonctionnements relationnels en interne, dont certains peuvent précisément participer ou entretenir circulairement diverses situations de souffrances !¹⁹

II.4- La place de l'intervention entre prévention et soin

Du point de vue d'une clinique de la santé mentale au travail, plusieurs questions se posent assez légitimement. Retenons :

- les origines puis l'évolution de la situation négative vécue (anamnèse),
- l'implication respective des personnes victimes de souffrances au travail - personnalité, expérience - et de l'organisation qui les emploie - culture, management (contextualisation),
- les perspectives et moyens d'action, individuels ou collectifs, sur les situations négatives vécues (traitement).

Toutefois et comme déjà esquissé en introduction, il conviendrait aussi de distinguer logiquement entre des formes d'intervention relevant de la prévention et d'autres pratiques déjà situées dans le champ du soin. Mais est-ce aussi simple ?

Certaines situations peuvent être très « bruyantes », ou le deviennent rapidement si rien n'est entrepris, tels ces « hyperconflits » discutés par Faulx (2003).

D'autres, souvent vécues dans un registre plus individuel, intime, sur fond de culpabilité de la personne et de déni de l'entourage immédiat (cas assez typique de situations de harcèlement notamment), demeurent longtemps, voire à jamais silencieuses.

Nombre de situations de souffrances professionnelles peuvent ainsi être très intériorisées, par conséquent difficilement détectables. Et, compte tenu de la culture de performance (Aubert & de Gaulejac, 1991), de mise en scène de soi-même (Goffman, 1973) sous ses meilleurs atouts qui prévaut le plus souvent dans l'univers entrepreneurial, nous sommes alors en droit de considérer que lorsque la souffrance s'exprime ou devient visible, la gravité clinique de la situation risque d'être déjà bien installée (Soares, 2002).

L'intervenant en entreprise doit savoir déchiffrer ces situations complexes et délicates, déchiffrement mettant souvent à mal des découpages traditionnels, plus opérants dans le champ de la prévention « classique » (accidentologie, santé physique), où les notions de phénomène dangereux, d'exposition ou de facteurs de risques s'établissent assez naturellement, en permettant des distinctions entre sources des atteintes et leurs effets (Favaro, 2001).

Mais il faut aussi convenir que pour des raisons historiques notamment, la culture de prévention est peu armée face à ces situations de souffrances. Les préventeurs d'entreprise sont généralement des techniciens ou des ingénieurs. Quant aux médecins du travail, malgré les efforts de sensibilisations et de formations entrepris depuis quelques années face aux sollicitations croissantes dont ils font l'objet, ils demeurent

¹⁹ Pour une illustration classique de ces situations de causalités circulaires, cf. Watzlawick *et alii* (1974) notamment le chapitre 3, intitulé « Plus de la même chose ou : quand le problème, c'est la solution ».

encore professionnellement pour nombre d'entre eux des soignants du corps (s'occupant de « douleur » plutôt que de « souffrance »)²⁰.

Est-il bien raisonnable de penser ou laisser penser que ces professionnels pourraient ajouter à leurs compétences et missions, bien souvent déjà fort prenantes, celles d'intervenants sur des situations de souffrance psychologique, ceci au motif d'une certaine urgence, en outre difficilement reconnue dans les entreprises²¹ ?

Ceci étant, il convient pour le moins de sensibiliser les préventeurs, professionnels autant qu'institutionnels, à ces questions. Ceci, malgré la fausse indifférence, le malaise ou les dénégations qu'elles induisent souvent. Car aborder la question de la souffrance professionnelle revient nécessairement à réhabiliter une subjectivité, plus précisément ici une inter-subjectivité, qui se heurte à la culture de rationalité de préventeurs très majoritairement formés aux sciences de la nature plutôt que de l'esprit²².

Une façon de recadrer ces commentaires, introductifs à la présentation des expériences professionnelles recueillies, revient à différencier trois registres distincts de l'action en santé mentale au travail :

-Au plan le plus général, certainement le plus fondamental mais aussi le plus abstrait (voire le plus inaccessible), les racines des problèmes évoqués, autant que de leurs solutions, sont de nature politique, économique et sociale.

-Le niveau intermédiaire est le lieu d'exercice privilégié de l'activité scientifique et d'expertise consacrée à ces questions de santé mentale au travail.

-C'est de la façon la plus locale et la plus concrète, avec les individus et les entreprises, que se réalisent les pratiques de consultation et d'intervention, certes plus modestes, néanmoins indispensables à mieux connaître, pour mieux les faire connaître, les expliciter et au besoin les soutenir.

Qui sont les professionnels de l'action sur les risques psychosociaux ? Quels sont leurs formations, leur parcours ? Comment procèdent-ils ? A quelles difficultés sont-ils confrontés ?

Les dispositifs semblent assez diversifiés, à l'image vraisemblablement de la variété des situations rencontrées (les diverses formes de souffrances répertoriées), des modes d'entrées dans la problématique (demandes individuelles, collectives ou instituées) et bien entendu des positionnements (institutionnels, hospitaliers, libéraux) et cultures professionnelles (médecine, psychologie, psychosociologie, psychiatrie, psychanalyse) des intervenants.

²⁰ Il conviendrait toutefois de resituer plus largement cette question dans le cadre de « la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail » (cf. Circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004).

²¹ A noter cependant que l'évolution de la réglementation (ainsi l'introduction dans le Code du Travail de la notion de harcèlement moral, JO du 18/01/2002), les jurisprudences (par exemple la Cassation civile n°02-30.576 FS-P, CPAM Bourgogne, du 1^{er} juillet 2003, reconnaissant qu'une dépression nerveuse peut constituer un accident du travail) sans parler des nombreux articles de presse (comme ce dossier de l'Express de mars 2001 intitulé « harcèlement, stress, maladies : les nouveaux risques du travail »), que donc toutes ces évolutions contribuent de façon très marquée à construire socialement la reconnaissance des situations de souffrances professionnelles comme autant de réalités dignes d'attention.

²² Pour illustration, le n°223 de la revue de l'ANACT « Travail et Changement » consacré au premier colloque de Psychodynamique du Travail (organisé en 1997 par la chaire de Psychologie du Travail du CNAM, dirigée par C. Dejourné) était intitulé « Subjectivité : grain de sable ou jeu nécessaire ? »

Quelles attentes correspondent à quelles offres ? Quels pronostics associer aux diverses prestations offertes ? Au final, quelles perspectives se préfigurent-elles dans le monde du soin et de la prévention des troubles de la santé mentale au travail ?

Autant de questions méritant que des éclairages et si possibles des réponses soient apportées qui, sans prétendre dire le dernier mot sur un domaine aussi complexe et évolutif, contribuent à l'effort collectif de prise en charge et de maîtrise de divers effets psychologiquement délétères du rapport contemporain des individus à leurs milieux de travail.

Notre observation et étude de pratiques professionnelles d'intervention et de consultation spécialisées voudrait donc contribuer à introduire et défendre une approche de type théorico-pratique de l'action professionnelle en santé mentale au travail.

Cette approche se justifie du fait qu'explorer une pratique professionnelle participe de la compréhension de son objet – ici la santé mentale au travail – ceci autant au plan de ses caractéristiques propres que des questions soulevées et réponses apportées²³.

En cela, et malgré sa spécificité de démarche et d'objectif, cette contribution est complémentaire d'autres travaux d'ambition plus explicitement scientifique consacrés aux risques psychosociaux.

²³ C'est évidemment un thème central de l'ergonomie, avec cette particularité qu'il s'agit moins ici de « comprendre la travail pour le transformer » (Guérin *et alii*, 2001) que de comprendre l'activité pour comprendre l'objet de cette activité ! Dans une perspective de préoccupations plus didactiques, c'est aussi la thèse soutenue par Schön dans « le praticien réflexif » (Schön, 1994).

III- ITINERAIRES DE LA PROFESSIONNALISATION

Avant de devenir des intervenants en santé mentale au travail, nos interlocuteurs ont tous effectué un parcours professionnel dans les domaines de la prévention, de la santé au travail, de la formation ou encore de l'ergonomie.

Les extraits suivants montrent que, sous des formes variées, les engagements de chacun se présentent comme l'aboutissement de parcours de formations et professionnels qui les ont d'une part, préparés au plan technique et d'autre part, confrontés sous des formes diverses à des situations de souffrances au travail.

III.1- Michèle

Michèle a suivi un cursus d'études en psychologie : psychologie du travail, psychosociologie, psychologie clinique, complété ultérieurement par une formation en psychodynamique du travail²⁴ :

« J'ai une formation de psychologue du travail /.../ une maîtrise expérimentale et sociale, et j'ai fait après un DESS de conseil psychosociologique /.../. Ensuite j'ai fait un DEA de clinique, parce que ce qui m'intéressait dans la psycho. du travail, c'est justement tous ces aspects de la subjectivité, tous ces aspects cliniques du travail, qui n'étaient pas abordés à l'époque, quand j'ai fait mes études... Dejours, ça date des années 80, du début des années 80. »

Elle a ensuite exercé son métier de psychosociologue, tout d'abord avec un statut de salariée d'entreprise. Dans ce contexte, Michèle a rapidement manifesté le désir de faire évoluer sa pratique professionnelle, ceci en mobilisant au mieux ses acquis universitaires initiaux :

« Assez vite, j'avais envie d'exercer cet aspect-là des choses, c'est-à-dire non pas de faire de la prévention traditionnelle ou des tests psychotechniques, mais de faire quelque chose qui était de l'ordre de l'intervention psychosociale, de l'immersion dans des terrains, avec la méthodologie psychosociologique : partir d'une demande, l'analyser, contractualiser la démarche, élargir la demande et s'appuyer sur des demandes collectives... Enfin donc toute la méthodologie classique de l'intervention psychosociale. »

Ayant eu d'autre part à mener de nombreuses activités de formation avec des médecins du travail, un groupe de réflexion s'est alors constitué de façon indépendante et parallèle aux activités d'intervention de Michèle, effectuées pour le compte de l'entreprise qui l'employait.

De ce cheminement est né le projet associatif dont elle aura été l'initiateur et la présidente durant plusieurs années :

« C'était une petite structure /.../ On a commencé à faire de l'accueil. A l'époque je ne reliais pas les choses. Pour moi c'était l'association d'un côté, une activité bénévole qu'on faisait comme ça, en dehors, et c'était distant, ça a toujours été distant de mon activité... et ça a toujours été bénévole. Et bon j'étais présidente parce que j'étais un peu la meneuse de tout ça, à l'origine... et l'association n'était pas connue du tout, donc ça ne posait aucun problème. »

Par la suite, Michèle s'installera à son compte, tout en maintenant son activité associative à caractère bénévole. Elle a ainsi progressivement évolué d'un statut de salariée d'entreprise et parallèlement de présidente d'une association spécialisée dans la

²⁴ Cf. *infra* chap. IV.1

consultation de personnes en souffrance professionnelle, vers un statut de professionnelle exerçant en libéral, spécialisée sur les trois volets de la formation, de la consultation et de l'intervention en entreprises sur des affaires de santé mentale.

Michèle nous fait enfin mention d'une formation analytique personnelle, dont elle explicite la nécessité, en référence essentiellement aux situations d'interventions en entreprises :

« Pour un intervenant libéral, qui ne vient d'aucune institution et qui ne représente que lui-même, le risque d'engloutissement ou de dissolution dans le système dans lequel il arrive est grand /.../ Cette situation d'immersion suppose de se départir de ses repères habituels et de se retrouver dans un état temporaire de 'déstructuration volontaire'. Ceci est une gymnastique psychique qui suppose, justement, une structuration suffisamment solide pour ne pas se dissoudre et se fondre dans l'environnement. »

Les seuls repères de l'intervenant sont ceux de sa propre subjectivité et ceux qu'il se donne à lui-même et aux autres par la structuration précise d'un cadre, comportant limites et règles de fonctionnement contractualisées. Le cadre de son intervention doit fonctionner comme référence tierce et garde-fou afin de conserver le sens et éviter la confusion. C'est sur cet aspect de ma pratique que mon expérience psychanalytique - la référence tierce et les repères de ma propre subjectivité - m'est la plus précieuse. »

III.2- Marie

Marie est médecin du travail. Parallèlement à ses activités en entreprise, elle s'est impliquée à temps partiel dans une association de défense-conseil des victimes d'accidents du travail ou de pathologies d'origines professionnelles :

« Alors moi je suis médecin du travail de formation /.../ dans cette association je travaille comme conseiller technique... sur une mission 'maladies professionnelles'. J'ai commencé à travailler avec eux /.../ essentiellement sur le dossier de l'amiante. »

Marie en est venue progressivement à aborder le domaine de la souffrance professionnelle du fait d'une extension des activités de l'association :

« Et puis quand ce projet a été proposé... par l'intermédiaire d'une psychologue qui avait sollicité l'association pour créer une consultation de psychologie clinique à destination des accidentés du travail et victimes de TMS /.../ le projet a finalement été accepté par le Ministère qui a été le principal financeur. »

Cette nouvelle activité devait directement concerner les questions de souffrances professionnelles :

« Alors l'objectif au départ, il était double. C'était /.../ apporter un soutien psychologique à des gens qui n'y ont pas facilement accès /.../ »

Voilà, donc l'objectif c'était déjà d'apporter ça. Et surtout avec la montée en puissance de cette fameuse souffrance au travail... c'était intéressant d'apporter un soutien psychologique, ce qui ne se fait pas ailleurs, même dans les services de santé au travail. »

L'engagement a aussi été renforcé par le succès de l'initiative :

« Donc c'était très expérimental, parce qu'en fait après on a évolué en fonction de la demande quoi. Et on a été submergés. »

III.3- Philippe

C'est à la fois le milieu familial, les diverses formations effectuées ainsi que l'expérience antérieure en entreprise qui contribuent à l'évolution professionnelle de Philippe :

« Mon itinéraire il est assez simple. Je viens d'une famille où il y avait une sensibilité sociale. Donc... je me suis orienté vers la médecine du travail, pas par défaut ! J'avais travaillé quand j'étais étudiant en médecine, je travaillais... au début de mes années de médecine, je travaillais en usine, et j'avais quand même été assez impressionné d'un certain nombre de choses. Et je trouvais ça intéressant au point de vue de problèmes de santé. »

Les premières expériences professionnelles ont ensuite confronté Philippe à des interrogations quant aux possibilités pratiques d'actions sur le terrain de la prévention en entreprise :

«Donc j'ai fait médecine du travail. Ca veut dire une approche traditionnelle par les risques professionnels. Et puis j'ai fait 2 ans de médecine de travail dans la métallurgie, en inter-entreprise. Et donc là, le choc : ce que j'avais appris ne fonctionnait pas ! »

Il a par la suite complété sa formation de médecin du travail par un parcours de formation à l'ergonomie :

« Et donc... après... mon parcours a été marqué par cette question, au bout du compte : 'Comment est-ce qu'on peut trouver les voies... d'une efficacité dans la prévention ?' Au bout de 2 ans j'avais été recruté comme assistant en médecine et... j'ai investi l'ergonomie.»

Son investissement intellectuel et professionnel du champ de la santé au travail s'est ensuite poursuivi par la rencontre des travaux de C. Dejours²⁵ :

« Bon, j'y ai été sensible parce que... je venais quand même d'une position de médecin et puis, j'avais quand même une culture du côté de la psychologie, psychologie médicale, psychanalyse. Et donc, derrière, la question de l'activité, la question de la subjectivité, de la souffrance etc... Et, à ce moment-là... à peu près la seule chose qu'on pouvait repérer c'était le bouquin de Dejours, 'travail usure mental'²⁶ au début des années 80. »

III.4- Solange

Solange est psychologue et ergonomiste.

« Ma formation de base, c'est la psychologie. Ensuite j'ai passé 4 années à l'étranger, dans l'hémisphère sud /.../ Outre le fait d'y travailler avec des ethnologues, linguistes, sociologues, je mesure maintenant à quel point cette expérience de décentration est importante. C'est sans doute un premier « recadrage »²⁷ au sens de Watzlawick ! C'est-à-dire regarder le monde, et mon univers, d'un autre point de vue. Ce qui ne change pas le monde, mais ma relation à lui, et ça change beaucoup de choses.

J'ai abordé l'ergonomie plus tard... J'ai beaucoup aimé cette approche très concrète. La diversité des rencontres que l'on fait dans les entreprises est d'une richesse inouïe. On

²⁵ Cf. *infra* chap IV.1

²⁶ Cf. Dejours (1980).

²⁷ Pour une définition et quelques illustrations, cf. Favaro (2004b).

rentre par la 'petite porte', on en sort par la grande, avait écrit un journaliste des Echos en parlant de mon travail. »

A quoi s'ajoute une psychanalyse que Solange présente comme une « formation silencieuse ».

« On n'en parle jamais dans ce milieu sauf avec quelques 'initiés', qui ont fait un cheminement analogue, mais cela s'est avéré une ressource indispensable pour mes activités conduites dans le champ de la relation. »²⁸

Cette dimension était sans doute très présente dans sa façon d'intervenir, même sur des questions élémentaires d'espace et de poste de travail.

« Je me souviens d'une intervention, dans un grand musée, pour une banque destinée à l'accueil des groupes. C'était dans les années 1992. Lors des entretiens avec les agents, j'avais été frappée par les conséquences de leur travail et de leurs conditions de travail sur la modification de leur vie personnelle et sociale et peut-être même de leur caractère. (A cette époque, on ne disait pas 'souffrance', ni 'risques psycho-sociaux', comme on le dit maintenant). Ces agents d'accueil parlaient de la pénibilité et de la fatigue de leur métier. Lorsque je leur ai demandé, en entretiens individuels, ce qu'ils faisaient le soir, le week-end, les réponses ont été éloquentes : 'le soir on décroche le téléphone, c'est impossible de supporter la sonnerie, de parler ; on est fatigués, énervés ; enfants, compagnons, ami(e)s en pâtissent'. Ils ne sortaient plus le samedi, n'allaient plus dans les piscines, ne voulaient plus aller dans les grands magasins, ne supportaient plus le bruit, le monde /.../

A l'issue du travail en groupe que j'ai mené avec eux, sur l'organisation et les aménagements, quelques-uns m'ont dit 'c'est une véritable thérapie du travail qu'on fait avec vous !'. C'est ce qui est bien avec l'ergonomie, on est appelé pour des choses matérielles, qui ne font pas peur, et ensuite, parfois on chemine. Cette histoire illustre à quel point le fait de leur redonner les moyens de comprendre et surtout d'agir et de modifier leurs conditions de travail avait une valeur thérapeutique... 'Retrouver le pouvoir d'agir', comme dit Ph. Davezies.

Compte tenu de la façon dont je travaillais avec l'ergonomie, j'ai prolongé de façon naturelle mon activité sur les questions de stress et de harcèlement moral. »

Récemment Solange a monté une deuxième structure dont l'axe principal se décline dans le champ des « relations de travail ». Pour elle, ce terme recouvre plusieurs aspects : au premier degré bien sûr, la façon dont les gens structurent leurs relations à leur propre travail, et entre eux. Ensuite, dans une perspective constructiviste²⁹, ces relations participent à la construction du sens, de la coopération, du lien social. Pour elle ces relations de travail interagissent sur les organisations auxquelles ils appartiennent.

« Lors de nos interventions, c'est très frappant de voir comment, ensuite, les gens ont envie de modifier et de faire évoluer leurs réunions de travail. Je suis persuadée que l'on trouve dans les phénomènes de stress, de souffrance etc., l'absence d'une 'construction' . Le travail que nous faisons consiste à permettre cette élaboration sur le 'comment marche l'organisation' et comment les gens s'y repèrent. Elle est souvent agie et non verbalisée. Alors elle échappe à ses acteurs qui ne peuvent ni en parler, ni agir sur elle. »

²⁸ Cette question de la position subjective de l'intervenant lui-même (et non seulement du client), déjà évoquée par Michèle, mériterait de plus amples développements. La psychanalyse et d'autres pratiques proches (le psychodrame par exemple) sont bien entendu le moyen d'un travail personnel utile, voire indispensable (pour un exposé aussi classique qu'approfondi de ces questions, cf. Devereux, 1980).

²⁹ Cf. Watzlawick *et alii* (1975) ; Searle (1995).

C'est donc dans ce contexte d'évolution de son domaine d'intervention que Solange a été conduite à compléter sa formation :

« Enfin, je me suis formée au coaching. Une façon de renouer avec mes origines psy. Je les ai complétées avec les approches interactionnistes et systémiques développées dans ce type de formation. Je les trouve très pertinentes par rapport à la problématique de nos interventions en entreprise. Cela m'a permis de renouveler mes méthodes d'intervention tant individuelles que collectives. Le paradigme systémique suggère une décentration de l'individu isolé pour s'intéresser, avant tout, au contexte relationnel dans lequel celui-ci interagit. C'est tout à fait opérationnel par rapport aux problématiques de souffrance au travail et de harcèlement moral. »

IV- MODELES A SUIVRE ?

Les quatre intervenants rencontrés travaillent tous en référence à divers cadres méthodologiques et théoriques, qu'il est nécessaire de présenter afin de disposer d'éléments de compréhension et de contextualisation de leurs pratiques respectives.

Toutefois nous n'évoquerons dans ce chapitre que les seules écoles, disciplines, courants de pensées explicitement abordés par nos interlocuteurs. En l'occurrence il sera question de psychodynamique du travail, de psychosociologie et d'ergonomie, enfin de clinique médicale du travail.

Aussi et malgré leur intérêt n'évoquerons-nous pas d'autres apports tels ceux de l'école de Palo Alto (une approche systémique ayant des applications en santé mentale au travail, Cf. Favaro, 2004b)³⁰, non plus que l'école de la « clinique de l'activité » représentée par Yves Clot (cf. Clot, 1999 & 2004).

IV.1- Une dominante : la psychodynamique du travail

Introduite dans les années quatre-vingt par Christophe Dejours, psychiatre-psychanalyste et actuel directeur du laboratoire de psychologie du travail du CNAM³¹, la psychodynamique du travail a semble-t-il rapidement occupé en France une position dominante³² en matière de conceptualisation et de pratique sur les thèmes afférents à la santé mentale au travail.

Les raisons susceptibles d'expliquer ce constat sont diverses : conceptuelles (la filiation psychanalytique³³), institutionnelles (la direction d'une chaire au CNAM par le fondateur de l'école), structurelles (l'organisation de congrès, la fondation d'une revue dédiée³⁴), historiques (l'héritage d'une longue tradition française de psychiatrie sociale du travail³⁵).

Grand connaisseur de la psychodynamique du travail, Philippe nous parle dans le détail de cette école, de son projet, de la façon de porter les problématiques du travail qu'elle incarne. Ainsi que de quelques points aveugles ou limites, conduisant notre interlocuteur à aménager certains principes pour les besoins de sa pratique :

« La psychodynamique du travail est quand même centrée sur... ce qui a été l'apport majeur de Dejours : les stratégies de défense contre la souffrance. C'est la même chose qu'il reprend dans 'Souffrance en France'³⁶. Sauf qu'il le pousse... enfin je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'il dit qui sont vraies mais en même temps... ça ne décrit pas toute la réalité.

³⁰ Bien que Philippe et surtout Solange y fassent allusion, d'une façon toutefois insuffisante dans le cadre de ce chapitre.

³¹ Laboratoire de psychologie du travail du Conservatoire National des Arts et Métiers : http://www.cnam.fr/psychologie/recherche/membres_psych.html.

³² Ce qui n'était certes pas encore le cas lorsque nous nous interrogeons en 1989 sur l'avenir de ce mouvement, alors nommé « psychopathologie du travail », que nous présentions toutefois sous l'intitulé « d'approches psychodynamiques » tant il nous apparaissait qu'il s'agissait bien techniquement de cela (Favaro, 1989-90).

³³ Les références à la psychanalyse sont une constante des divers écrits produits par l'école de la psychodynamique du travail.

³⁴ Il s'agit de la revue « Travailler : revue internationale de Psychopathologie et psychodynamique du travail »

³⁵ Cf. Billiard (2001, 2002).

³⁶ Cf. Dejours (1998).

Cette affaire des stratégies collectives contre la souffrance, c'était extrêmement important. Mais à mon sens on est dans une tradition qui vient de la psychanalyse, de la psychiatrie. Et donc vraiment dans une clinique de l'aliénation. C'est-à-dire que les gens sont aliénés et on va déployer des méthodes pour essayer de remettre en route l'élaboration collective /.../

La psychodynamique du travail soutient au plan théorique ce point de vue. Mais elle soutient aussi que les individus ne sont jamais totalement aliénés. Qu'il y a de l'activité, de la subversion. Il y a de la domination et de la subversion, voilà!

Les gens sont toujours engagés à la fois dans la reproduction et dans la transformation de tout cela. Cependant, la méthodologie ne se situe qu'au niveau - je te donne mon opinion ! - ne se situe qu'au niveau collectif. En psychodynamique du travail on aborde les choses au niveau collectif. C'est très important ! Parce qu'au niveau collectif, ce qui va être... patent c'est comment le collectif verrouille l'élaboration. C'est-à-dire que du côté du collectif, ce que l'on voit surtout, c'est l'aliénation.

Alors que si tu veux chercher la subversion, la source est du côté des individus /.../ Du côté du travail, au sens d'activité. Et ce travail, il engage la subjectivité. Il se joue entre les dimensions techniques, les dimensions sociales et les dimensions subjectives, et que les enjeux de santé passent par là /.../

Je pense que le fait d'intervenir au niveau collectif, ça pousse beaucoup vers une clinique de l'aliénation, vers une clinique des rapports sociaux. Je le vois bien dans la traduction qu'en font mes collègues en médecine du travail, qui ont été formés à la psychodynamique du travail.

Ce qu'ils font c'est une médecine des rapports sociaux. C'est-à-dire qu'on voit les rapports sociaux de domination et on en déduit des choses sur la santé. Mais les gens ne sont jamais... c'est jamais comme ça ! C'est une abstraction. C'est un aspect ! Il y a des rapports de domination, mais la situation ne se résume pas à des rapports de domination.

A ce moment-là, pour moi l'analyse en psychodynamique du travail, elle ne suffit pas. Elle amène beaucoup d'éléments mais en psychodynamique du travail tu n'abordes pas les questions individuelles. Et tu ne peux pas rendre compte des atteintes à la santé ! /.../

Donc le fait d'être dans un ancrage médical où on voit des gens en consultation, malades, m'oblige à prendre une distance et à dire 'je garde les stratégies collectives car c'est un arrière-fond très important. Mais ce sur quoi je dois travailler, c'est vraiment la dramatique dans laquelle les individus sont engagés'.

Et les individus ils ne sont pas plus réductibles à l'organisation du travail, aux rapports sociaux, qu'aux stratégies collectives ! Les stratégies collectives c'est quelque chose qui les contraint, mais les individus ont une existence en dehors de ça. »

Solange exprime aussi tout l'intérêt pour les concepts développés par l'école de la psychodynamique du travail, en particulier dans les années 1990. Mais elle se dit également réservée sur la façon dont elle s'est développée.

« Pour les ergonomes et les médecins du travail, la psychodynamique a fait office d'une révélation extraordinaire. Ce qui m'a gênée, c'est la façon dont elle a fonctionné comme pensée unique en matière de compréhension du travail, dans un déni des autres apports des sciences humaines. »

Pour Michèle, le cadre théorique de la psychodynamique est investi comme une nécessaire référence dès qu'est interrogée la dimension collective du travail. Ainsi, en relation à un contexte associatif où pouvaient se manifester certaines divergences de positionnement, Michèle affirme se rallier à la position de la psychodynamique :

« Et puis il y avait quand même un problème fondamental... qu'on a jamais pu régler, c'est d'arriver à homogénéiser les pratiques, parce que sur cette question de harcèlement moral, on avait d'un côté des 'hirigoyeniens'... positionnés du côté des victimes et résolument dans une vision duelle, « victime-bourreau » !³⁷ /.../

Et d'autres, dont j'étais, qui étaient à l'opposé de ça, plutôt d'inspiration psychodynamique avec une analyse qui tentait d'opérer un glissement de la problématique duelle à une problématique intégrant le travail dans ces affaires-là. »

Cependant, psychosociologue de formation et se réclamant explicitement de cette discipline quant à sa méthodologie d'intervention en entreprise, Michèle entretient un lien semble-t-il distant avec la psychodynamique :

« J'ai quelques contacts, on se rencontre de temps en temps /.../ Je ne suis pas une inconditionnelle. Je suis quand même atypique. »

Face à un modèle aussi prégnant et malgré sa valeur conceptuelle et un rôle fédérateur que personne ne conteste, un risque est perceptible pour le professionnel de la santé, notamment lorsqu'il est peu formé aux sciences sociales.

N'est-il pas en effet menacé de perdre son autonomie de pensée et d'action, menacé d'abolition d'une nécessaire distance critique face à un mouvement qui, susceptible de fasciner par la richesse du langage, la virtuosité des concepts mobilisés, les audaces critiques aussi, « fonctionne un peu comme une idéologie » (Solange) ?

IV.2- Deux « classiques » : psychosociologie et ergonomie

Par contraste, la psychosociologie apparaît plus discrète. Toutefois deux de nos interlocuteurs rappelaient (cf. chap. II) qu'il s'agit de leur formation initiale, et qu'ils y sont très attachés.

Pour Solange autant que pour Michèle, les enseignements de la psychosociologie apparaissent en effet incontournables pour leur pratique :

« Je trouve que les approches de Dubost, de Lewin³⁸ de leurs successeurs, et des interactionnistes, sont fondamentales et qu'on ne peut pas s'en passer pour travailler sur les phénomènes de groupe et les changements. » (Solange)

« Oui des pères... Du point de vue de la méthodologie d'intervention, je n'ai... rien à redire sur ma formation avec Dubost. C'était vraiment un clinicien du milieu de travail... vraiment très... très subtil. » (Michèle)

Michèle indique toutefois rechercher une complémentarité entre apports de la psychosociologie et de la psychodynamique :

³⁷ Allusion au premier ouvrage que M.F. Hirigoyen a consacré au harcèlement moral (Hirigoyen, 1998).

³⁸ Lewin, auteur américain, est considéré comme l'un des pères fondateurs de la psychosociologie (cf. Lewin, 1959). Dubost en est l'un des représentants majeurs pour la France (cf. Dubost, 1987, ouvrage dont le chapitre introductif 'comment réduire les accidents du travail ?' est d'ailleurs consacré à son expérience de prévention des risques en entreprise).

« Pour moi la psychodynamique du travail est un outil parmi d'autres. C'est un outil très pertinent, très éclairant pour la lecture des situations de terrain. Il est vrai que les questions de reconnaissance, de sens du travail, sont centrales dans la plupart de mes comptes rendus.

Pour les aspects collectifs et de groupe, on rejoint tout de même beaucoup de choses qui ont été abordées sous un angle différent et de façon moins approfondie par la psychosociologie. Il est juste de dire que je me sers beaucoup des repères de la psychodynamique, mais je me sens psychosociologue parce que j'ai une méthodologie de psychosociologue. » (Michèle)

De même, l'appartenance à la culture ergonomique est affirmée par deux interlocuteurs.

Solange évoque tout d'abord le grand intérêt qu'elle a accordé aux enseignements de l'ergonomie :

«Pour moi l'ergonomie c'est une aventure passionnante. Les découvertes que font les ergonomes ont d'ailleurs contribué à renouveler la connaissance du travail par les disciplines voisines.

Par contre j'ai toujours pensé que l'ergonomie véhiculait dans son modèle d'intervention, et son projet de transformation du travail une certaine naïveté. Comme si la révélation du travail réel et sa restitution pouvaient être facteurs de changement. »

Pour elle le modèle « analyse du travail-restitution-recommandations » lui paraît peu adapté aux interventions sur les problématiques de stress et de harcèlement moral, qui nécessitent de mobiliser une dynamique plus « psycho-sociale ».

Philippe a lui aussi longtemps été engagé dans la pratique ergonomique « traditionnelle ». Il rejoint les propos de Solange quant aux questions de son opérationalité, qu'il juge problématique en matière de souffrances professionnelles :

« Et donc, en entrant dans cette question de l'activité, au fil de mes interventions, donc en ergonomie, j'ai buté sur le fait qu'on rencontrait des choses qui ne pouvaient pas être... dont on ne pouvait pas rendre compte simplement dans le registre de l'activité. »

IV.3- Une orientation émergente : la clinique médicale du travail

Philippe est largement à l'origine et promoteur de ce mouvement. Il commente de quelle façon celui-ci s'est progressivement constitué.

« /.../ La clinique médicale... des médecins du travail, elle s'est construite comme une espèce de mosaïque de bouts d'approches, de tout un tas de professions différentes qui elles, étaient absentes : un peu d'ergonomie, un peu de droit, un peu de toxicologie, un peu d'hygiène industrielle, un peu de médecine générale /.../

C'est une identité en mosaïque, comme ça a été le cas en ergonomie à une époque. A partir du moment où le médecin du travail n'est plus là à essayer de pallier à l'absence de tout un tas de compétences qui ne sont pas les siennes /.../ il faut qu'il se recentre sur ce qu'il a à apporter. Et donc la question devient, dans la perspective de la pluridisciplinarité, 'qu'est-ce qu'on peut poser raisonnablement comme étant potentiellement l'apport spécifique d'un médecin ?'... Qui lui permette d'amener une contribution ? Et qui nous sorte des débats du type 'qui c'est qui commande ?' C'est l'idée qu'il faut sortir du : 'le médecin, il a naturellement vocation à tout coiffer ! »

Malgré les nuances introduites par Philippe, notamment eu égard aux débats autour de la pluridisciplinarité, ses propos indiquent clairement que cette clinique - médicale donc - du travail est une affaire de médecins.

Notre interlocuteur se propose ensuite de montrer en quoi la démarche ne doit jamais perdre de vue la nécessité de soutenir les individus malmenés par leur milieu de travail, ceci au-delà des seuls déterminants organisationnels, par ailleurs de mieux en mieux connus³⁹.

« La grosse particularité d'essayer de développer des cliniques du travail c'est qu'il faut articuler le subjectif /.../ mais il faut aussi articuler le social. Parce que le travail est un objet intermédiaire entre le subjectif et le social... et le technique ! Ce qui fait que le réel, ça va être y compris la matérialité des objets ! »

Il développera ensuite de nouveau (cf. § IV.1) la nécessité de sortir d'une attention exclusive aux dimensions collectives des souffrances et de leurs tentatives de réductions.

« Je trouve que quand tu fais une clinique médicale, par exemple où tu as des individus... qui viennent... qui sont malades, qu'il s'agit d'aider... On peut pas s'en tenir à des cliniques qui abordent au niveau collectif /.../

Bien sûr qu'ils ont rencontré les processus de domination, les rapports sociaux ! Mais ils sont malades aussi parce qu'ils étaient engagés /.../ donc il faut bien s'intéresser à la façon dont les individus eux-mêmes essaient de subvertir... ou n'arrivent pas à subvertir ces affaires-là /.../

Est-ce qu'on met en avant le fait que les gens sont aliénés et qu'ils participent à un système de domination, d'aliénation, d'exploitation ? /.../ Est-ce qu'on décrit les choses univoques, monocolors ? Où est-ce qu'on essaie de les ressaisir dans leur contradiction, dans leur tension ?

Je pense que quand tu es avec des patients par exemple, il faut reprendre les choses dans leur tension et dans leur contradiction. Tant que les gens ne sont pas morts, ça n'est pas strictement que du malheur ! Voilà, car il y a quelque chose qu'on peut soutenir du côté de la reprise du mouvement. »

Les propos conclusifs qui suivent sont intéressants à plus d'un titre. Au-delà de leur attribution à l'activité du médecin du travail, ils mettent aussi sur la voie d'une réflexion quant à la nature de la position clinique en situation de consultation. Position qui ne concerne alors plus les seuls médecins.

En effet psychologues, travailleurs sociaux, responsables de ressources humaines et plus généralement toute personne mise en situation d'écoute de la souffrance d'autrui doit nécessairement adopter – sous des formes techniques certes variables - une posture d'aide, de soutien :

« Si tu te mets dans une consultation... t'es obligé d'être dans cette position-là. Tu ne peux pas déployer un discours du malheur inéluctable. Ou alors tu ne fais pas clinicien. Tu n'es pas clinicien, tu es théoricien /.../

³⁹ La littérature est en effet et depuis longtemps très fournie, notamment sur le thème de l'impact de pratiques managériales délétères sur la santé mentale des personnels. Quelques références (classées chronologiquement) : Sivadon & Amiel (1969), Pages & alii (1979), De Vries & Miller (1985), Aubert & de Gaulejac (1991), Leymann (1996), Dejours (1998), Durieux & Jourdain (1999), Aries (2002), Lhuillier (2002), Le Goff (2003), Foucher (2005), de Gaulejac (2005).

Moi je ne fais pas de diagnostic psychiatrique. J'essaie de travailler avec les gens sur les logiques dans lesquelles ils sont engagés et à quelles logiques ils se heurtent, et comment on peut essayer de construire ensemble une issue, une solution, un moindre mal /.../

Quelque chose qui permette de s'en tirer, mais en refaisant fond sur ce dont les gens sont porteurs positivement quand même ! Si tu les prends uniquement comme victimes, il faut les prendre sous ton aile... et les abriter. Tu t'en sors pas. »

On voit avec ces derniers extraits d'entretien que le mouvement de la clinique médicale du travail contribue à construire un système théorico-pratique renouvelé des questions de santé mentale en contexte professionnel⁴⁰, ceci autour de modalités partageables de prise en charge de situations de souffrances.

Car bien souvent les médecins du travail sont les premiers, voire les uniques interlocuteurs des personnes en situation de souffrance dans les entreprises. D'où certainement la nécessité et l'intérêt de cette approche, en fort développement auprès de ce public de professionnels de l'écoute que sont les médecins d'entreprise.

⁴⁰ Ainsi pour Loubet-Deveaux & Bardot (2003) cette clinique peut être vue comme une recherche pour le médecin de synthèse appliquée des apports de l'ergonomie et de la psychodynamique.

V- PARCOURS DE L'INTERVENTION

Ce chapitre se propose d'illustrer divers points de méthodes empiriques mises en œuvre par nos interlocuteurs pour mener à bien leurs interventions.

Ces dimensions de la pratique de terrain s'observent dès les stades initiaux de la demande formulée par les individus ou les organisations. Elles se poursuivent bien entendu durant le déroulement des consultations ou interventions.

Nous présentons les thèmes qui nous sont apparus les plus marquants au cours des entretiens menés.

V.1- Comprendre la nature de la demande

Au travers d'une illustration d'intervention, Michèle aborde ce thème des origines et caractéristiques de la demande de l'entreprise. Elle évoque ce qu'elle nomme une « plainte porte-parole » :

« Il s'agissait de conducteurs de process qui se plaignaient de céphalées, de troubles de la vue suite à une informatisation /.../. L'hypothèse était qu'il y avait vraisemblablement un défaut de conception ergonomique au niveau des écrans. En fait, il est apparu que c'était ce que j'appelle... une plainte porte-parole, c'est-à-dire qu'ils prenaient inconsciemment le prétexte d'un changement qui est l'introduction de l'informatique pour dire ce qui ne va pas dans le travail. »

La difficulté sera donc pour l'intervenant de comprendre qu'une demande exprimée dans des termes quelque peu banalisés (ici des troubles visuels) peut masquer en réalité des difficultés plus difficiles à exprimer (parce que confuses dans l'esprit des intéressés, ou perçues à tort ou à raison comme inavouables) :

« En fait ce qu'il y avait derrière ça c'était de la peur. Il y avait bien eu une réflexion ergonomique /.../ sur les aspects cognitifs de l'informatisation, la charge mentale, etc, mais il y avait quand même tout un pan qui avait été complètement occulté, c'était la différence de fonctionnement mental entre le fait de visionner un dispositif avec un écran et de visionner tout ça sur un tableau synoptique mural. Cette différence provoquait chez eux une véritable panique parce qu'ils leur semblait qu'ils ne maîtrisaient plus rien. »

Solange rappelle qu'il y a toujours dans l'intervention une problématique masquée qui se révèle en cours d'analyse ou d'action.

« Derrière des problèmes d'organisation, d'espace, il y avait des formes de ce qu'on appellerait maintenant 'souffrance au travail', mais qui n'était pas dite en ces termes à l'époque. Par exemple, j'ai travaillé dans les années 1995 pour un service hospitalier. Le personnel soignant n'en pouvait plus : conflits, démotivation, absentéisme. Ils me disaient 'on a sans doute un problème d'organisation'... Le mode d'entrée n'était pas la 'souffrance', ni le stress, ni le burn-out. Je trouve que c'est intéressant, car l'état dans lequel ils étaient avait manifestement inquiété leur direction et justifié de 'payer' un intervenant extérieur. Mais ils étaient tous bien conscients qu'il fallait aller voir du côté de l'organisation. Et pour eux cela voulait dire 'les effectifs'.

On peut de la même façon se demander quelle est la demande masquée derrière les formulations actuelles de souffrance et de harcèlement moral ! Quel est cet arbre qui cache quelle forêt ? »

En matière de risques psychosociaux se pose donc toujours comme préalable la question des origines de la demande adressée à l'intervenant. D'où encore une fois la difficulté d'une prévention « pure », qui serait conçue *a priori*, en l'absence de problèmes reconnus comme tels et justifiant d'une action.

V.2- Appréhender le lien social dans l'entreprise

Tous les observateurs attentifs de la vie quotidienne dans les organisations dénoncent la dégradation des liens sociaux, sur fond d'individualisation du rapport au travail⁴¹.

Michèle nous en fournit une illustration, notamment quant aux retombées relationnelles délétères de ces évolutions contemporaines :

« Voilà, et... on se rend compte, par exemple ... que dans les boutiques XXX, les gens qui se faisaient agresser c'était... entre autre, parce que les clients qui avaient vu une pub à la télé pour de nouveaux appareils venaient en masse les chercher dans les boutiques. Or comme ils sont en flux tendu, ils en avaient deux en stock !

Donc l'organisation de l'attente, l'organisation des flux, tout ce qui est à prendre en compte au niveau du management et de l'organisation du travail ne l'était pas... Par contre il faut former les gens à gérer les situations d'agression ! /.../

On voit bien que c'est pas une affaire d'individu ça ! il ne s'agit pas simplement de quelqu'un qui se comporte mal avec quelqu'un d'autre. C'est tout ce qu'il y a derrière... dans le travail qui est occulté. Le harcèlement par exemple c'est pareil, c'est pas une simple affaire interindividuelle !

Dans la plupart des cas de harcèlement, la dimension interindividuelle, le relationnel... c'est seulement un effet... C'est l'effet d'une dégradation extrême du lien social au travail. Ce sont les raisons de cette dégradation qu'il faut comprendre et éclaircir »

Ce que montre aussi implicitement Michèle, c'est que l'observateur pressé risquera fort de s'en tenir au symptôme, à la partie la plus visible des difficultés se manifestant en termes de tensions et conflits entre personnels, ou dans le cas présent entre personnels et usagers.

V.3- Mobiliser les tiers

Concernant les situations de consultations individuelles, la question peut se poser de l'attitude à tenir avec des tiers concernés à un titre où l'autre par une situation de souffrance professionnelle avérée.

« Enfin en fonction de la situation, bien sûr on essaie de prendre contact avec le médecin du travail, et... si possible avec les acteurs de l'entreprise. Il y en a. C'est-à-dire les délégués, le CHSCT... Donc la prise en charge, outre le soutien psychologique clinique, qui est assuré par les psychologues, c'est quand même aussi beaucoup... les liens avec les professionnels en charge de la personne, avec les acteurs /.../

Alors ça nous arrive de plus en plus souvent... de pouvoir solliciter à travers la personne qui s'adresse à nous, le collectif de l'entreprise, enfin... les représentants, les salariés. Et puis de leur renvoyer un petit peu... la problématique et de discuter avec eux de 'qu'est-ce qu'il en est de l'analyse de la situation, dans l'entreprise' !» (Marie)

⁴¹ Notamment Dejours (1998), Monroy (2000), Hirigoyen (2001), Lhuilier (2002), Le Goff (2003), de Gaulejac (2005). Cf. aussi la synthèse très complète du Conseil Economique et Social (Bressol, 2004).

Notre interlocuteur nous fournit ensuite une illustration détaillée, à l'occasion d'un échange portant sur l'implication à obtenir d'un médecin du travail face à une situation de grande souffrance d'un employé, récemment vu en consultation⁴².

« Donc en fait par exemple, on prend contact ce matin-là avec un médecin du travail /.../ au sujet d'une personne malade... enfin arrêtée, pas bien, et avec une sorte de conflit dans l'entreprise /.../ La personne vient pour se plaindre de harcèlement sexuel. Avec un peu plus que ça... des attouchements, etc... un témoignage qui porte sur des actes graves.

Bon le médecin du travail dit... en gros : 'je suis pas concerné, qu'est-ce que vous voulez que je fasse là-dedans ? Je suis pas concerné'. Alors moi je lui dis : 'Attendez ! Elle est malade... au moins elle a un arrêt maladie déjà'. Rien que ça, la santé est en cause ! C'est à tort peut-être, mais enfin on est sur le terrain de la santé.

Alors il admet, il dit 'oui oui, effectivement'. Bon, alors après... le 2^{ème} constat sur ce dossier-là, c'est que en écoutant la personne... on entend qu'elle est quand même... franchement blessée du point de vue de la dignité, etc. C'est quelque chose de grave qui a à voir avec le travail.

Donc là encore le médecin du travail, version 3^{ème} millénaire, doit quand même être concerné ! Même si c'est de la santé psychique. Il l'admet aussi... Mais il faut vraiment insister... Au départ le médecin du travail dit 'moi je suis pas concerné... elle m'a raconté toutes sortes de trucs, je suis pas capable de savoir si c'est vrai... Qu'est-ce que vous voulez que j'en fasse ?' /.../ Alors que la dame elle prend des antidépresseurs et elle est arrêtée ! /.../

Je lui ai ensuite posé des questions de médecin du travail, c'est-à-dire : 'qu'est-ce que vous pensez de l'entreprise ?' il me répond: 'ah ben je la connais pas parce que... avant c'était mon collègue... je viens de la reprendre'. Alors je lui dis : 'bon d'accord. Mais votre collègue il vous a peut-être...' Et lui : 'ben non, j'ai pas eu l'occasion de parler avec lui...' et puis je lui dis : 'mais ce collègue, il est encore dans le service ?' et il me répond : 'vous savez c'est en inter-entreprise, c'est pas comme les services qui sont en entreprise...'. Je lui dis : 'peut-être, mais enfin... de toute façon on a la même mission'. Dans les services inter, on est censé quand même faire des fiches d'entreprises, aller dans les entreprises /.../

En premier lieu je pense que, souvent, ce qui domine leur démarche c'est... ils se disent : 'bon ça c'est un truc merdique de souffrance au travail tout ça, hop ! Je l'envoie là, ils vont s'en occuper'... Sauf que, globalement, ils commencent à comprendre qu'on va revenir vers eux /.../

Ils essaient de dire ça au début : 'ça ne me concerne pas'. Mais quand même ils savent bien que ça ne tient pas. Avec tout ce qui s'est passé sur les questions de santé au travail, la réforme, avec l'évaluation des risques, avec... Bon ils savent quand même que ces questions sont présentes. C'est comme un généraliste, un généraliste il va pas dire 'bon ça me concerne pas' ! /.../

Et puis en plus les médecins du travail, ils sont quand même en première ligne pour entendre les gens se plaindre de leur boulot, tout ça. Donc... non. Ils osent pas nier ça quand même. Ils essaient de se protéger, mais une fois qu'on les met dedans, ils y sont quoi. Enfin moi je trouve /.../

⁴² A noter que cet exemple est aussi assez illustratif ce qui a été évoqué précédemment quant aux questions de formation des médecins du travail.

Je pense qu'ils savent qu'à partir du moment où ils peuvent envoyer les gens quelque part : c'est quand même intéressant, quand vous avez une réponse avec une adresse... pour quelqu'un qui s'adresse à vous en grande souffrance. Ils savent qu'on est quand même bien dans le coup.... Donc ils se disent : 'Bon, si eux s'en occupent...'

Mais bon il y en a beaucoup qui sont de bonne volonté, mais ils sont coincés dans leur Institution aussi ! /.../ En tout cas on voit bien à quel point l'implication du médecin est déterminante : quand un médecin du travail est actif dans une entreprise qui va mal, c'est un atout majeur pour les salariés.

Ce témoignage interpelle la signification qu'il conviendrait d'accorder *a priori* à une position du type de celle rapportée par Marie : en l'occurrence un médecin du travail peu enclin semble-t-il à s'engager dans une quelconque forme d'action – individuelle ou organisationnelle – lorsque confronté à la souffrance psychologique d'un employé⁴³.

Assiste-t-on à une attitude d'évitement, que facilite la possibilité de transfert vers une structure spécialisée ? Assiste-t-on à une attitude de prudence professionnelle, que justifierait la confrontation avec une symptomatologie face à laquelle les compétences feraient défaut (par analogie avec un médecin généraliste recevant un patient qui nécessiterait des soins spécialisés) ?

Mobiliser les tiers, ici un médecin, mais ce pourrait être une autre fonction dans l'entreprise (un préventeur, un responsable de ressources humaines, un représentant syndical) interpelle nécessairement, au-delà de l'individu, sa profession et son « périmètre d'action » dans l'entreprise. Marie évoquera d'ailleurs ce point :

« Au-delà du médecin du travail, dont le rôle est incontournable pour la prise en charge de la souffrance au travail, il est important de mobiliser les acteurs sociaux de l'entreprise : DP, CHSCT, syndicats... Car ces situations interpellent le collectif dans son ensemble. Il faut essayer de recréer du collectif autour de la personne : l'isolement est au centre de cette souffrance. La mobilisation des collègues ou de leurs représentants est une ressource essentielle pour sortir de la situation par le haut... quand il n'est pas trop tard... C'est notre objectif n°1, à la consultation : aider à mobiliser le collectif autour de la personne, chaque fois que c'est possible... »

Concernant toujours le médecin du travail, il apparaît qu'entre sa mission professionnelle de surveillance de la santé des travailleurs et l'éventail des actes professionnels que ses compétences médicales lui permettent de mobiliser, il puisse être confronté à des situations pour lesquelles il devra finalement décider en conscience.

Car malgré l'expérience professionnelle acquise, la connaissance du contexte, la position personnelle (distanciée ou plus militante), un médecin du travail, un DRH, un préventeur ou un syndicaliste ont-ils nécessairement vocation à s'impliquer dans l'action organisationnelle ou le soutien psychologique ?

V.4- Mobiliser l'organisation

Solange et Michèle illustrent ce dernier thème, où il est question de faire agir de façon pertinente une organisation confrontée à des problèmes de souffrance au travail⁴⁴.

⁴³ Le § VI.1 *infra* fournit un exemple de médecin agissant très différemment.

⁴⁴ Solange signale néanmoins que sur cette question elle n'est pas d'accord avec les termes utilisés. Car « *on ne mobilise pas l'organisation... comme si c'était une chose, ou une personne* ».

En considérant en effet que l'organisation est un « processus d'actions et de décisions » comme le développe Maggi (2003), alors on peut mobiliser ses différents acteurs dans leurs processus d'analyse, de décisions, d'actions au quotidien.

Solange évoque une intervention dans une médiathèque où il y avait beaucoup de conflits et même probablement des situations de harcèlement moral. Cependant il n'y avait pas de dysfonctionnements notables ; l'organisation générale était apparemment correcte. Par contre les processus de décisions étaient devenus « insupportables » pour les salariés, qui « craquaient » les uns après les autres, « maltraités » par les méthodes autocratiques qui niaient totalement leur contribution à l'activité.

« Il n'y avait plus d'expression possible des problèmes, plus d'évolution, pas de régulation. Les salariés avaient le sentiment d'étouffer, d'être réduits à rien du tout. Ceux qui relevaient la tête étaient considérés comme opposants et sanctionnés. On peut alors dire que c'est une question de management et donc d'organisation... et la boucle est bouclée ! Mais il me semble que justement ces questions de harcèlement moral et de souffrance nous invitent à sortir de ces mots valises et à creuser ce qui est en question, actuellement, dans ces phénomènes nouveaux et l'intensité particulière de leurs effets pour les salariés. »

Michèle présente cette question de la mobilisation organisationnelle comme une nécessité pour parvenir à élaborer une dynamique crédible de prévention des situations de souffrance au travail :

« En mettant en place un debriefing... le problème majeur, c'est quand même 'que fait l'entreprise en termes de prévention ?' C'est toujours pareil, c'est toujours une façon de botter en touche qui serait de réduire les situations de souffrance au travail à des problèmes de psychologie individuelle. La réponse c'est : voilà ! on vous donne des... des pys pour faire des débriefing et puis basta !' Non ! L'entreprise se désengage complètement. C'est aussi un problème de prévention.

Il y a lieu de s'interroger sur ce qui dans le fonctionnement de l'entreprise induit... des agressions. Mais surtout quel est le retentissement subjectif de ces agressions pour les gens ? Pourquoi il y a des endroits où les agressions, ça fait partie du boulot et ils s'en moquent complètement et d'autres où les gens craquent dès la première insulte ? Quelles lacunes de la régulation collective des agressions sont révélées par ces décompensations ? /.../

Si on veut faire de la prévention, c'est sur ce terrain-là qu'il faut aller... Si on veut faire de la prévention de tout ce qui est souffrance au travail, stress... tout ce qui est humain au travail, c'est sur ce terrain-là qu'il faut aller.

Ou alors on fait de la gestion du stress, on fait de la victimologie... et on traite les symptômes. Mais ça c'est pas une démarche de prévention. »

Un autre aspect de la mobilisation qu'évoque Michèle est celui de l'établissement d'une juste distance :

« Ne pas se positionner en expert mais en accompagnant, ça veut dire ne pas être trop indispensable et transférer, transmettre... aider à comprendre et faire en sorte que quelque chose passe... qu'il y ait une appropriation... Voilà, quand j'ai réussi ça... j'ai pas changé l'entreprise, c'est pas mon but, mais j'ai peut-être fait en sorte qu'on éprouve moins le besoin de sous-traiter la régulation de ces aspects du travail et qu'ils se sentent concernés !

Alors souvent les gens sont un peu déçus parce qu'ils disent : 'c'est tout ?' Oui, mais c'est déjà quelque chose, c'est déjà beaucoup. »

Michèle évoquera aussi les conditions de la continuité de l'action dans le temps, conditions loin d'être toujours assurées :

« Ils sont prêts à tout faire pour ne plus avoir mal... Et puis une fois qu'ils n'ont plus mal, une fois que leur rage de dents est terminée, on ne soigne pas la dent ! »

VI- PREUVES ET EPREUVES DE LA PRATIQUE

Cette avant-dernière partie propose quatre illustrations. Les deux premières concernent la consultation individuelle, les deux suivantes portent sur des situations d'intervention en organisation.

VI.1- Aider la personne à restaurer sa dignité

Michèle nous parle de l'écoute comme moyen de faire « retrouver sa dignité » au demandeur.

«Je peux vous donner un exemple. Une personne que j'ai vue... Elle est venue 3 fois, chaque fois à longue distance. La première fois, elle vient avec son mari, en pleurs, en larmes, vraiment très mal. Elle était en congé de maladie depuis un mois.

Elle était ouvrière /.../ depuis 20 ans, 15-20 ans. Elle bossait bien, elle était reconnue, etc. Et puis elle n'a pas su dire pourquoi... dans un premier temps, elle s'est retrouvée maltraitée, isolée... on ne lui parlait plus, enfin malmenée, insultée par toute son équipe... parce qu'elle n'allait pas assez vite, elle bossait pas assez vite.

Elle ne comprenait pas ce qui se passait parce que ça avait toujours été bien comme ça. Elle disait qu'elle pouvait pas à la fois travailler vite et bien. Et donc elle comprenait pas. Bon : état dépressif...

Elle vient donc à l'accueil. Et l'idée de l'accueil c'était d'aborder avec les gens un projet d'action, voir ce qu'ils voulaient faire. Rester ? Résister ? Partir ? Se battre ? Prendre la fuite ? Ce qu'elle voulait c'était une mutation, elle ne voulait plus travailler dans cette équipe.

Première chose, travailler avec elle sur 'comment faire pour obtenir une mutation ?' On a posé la question 'sur qui pouvez-vous vous appuyer ?' Les syndicats non, la hiérarchie non. Il n'y avait que le médecin du travail. Donc elle avait un objectif et pouvait s'engager dans l'action : 'vous allez voir votre médecin du travail, essayez de voir avec lui pour une mutation, si ça ne marche pas, revenez' /.../

Par l'action et par la confrontation à la réalité, et c'est comme ça qu'ils se reconstruisent, qu'il se renarcissent... Elle revient un an après, toujours avec son mari... Plus du tout dépressive, elle avait donc obtenu sa mutation, grâce au médecin du travail.

Mais... à nouveau dans la nouvelle équipe, même chose ! Ma première réaction... ce qui m'est venu à l'esprit c'était 'elle a quelque chose en elle, qu'elle répète'.

Je lui fais remarquer qu'elle est peut-être à nouveau dans une situation de maltraitance, mais qu'elle n'est plus en dépression. Elle répond 'et bien non ! Parce que j'ai compris pourquoi on me maltraitait'.

Déjà la question du sens ! Elle a compris que si elle était maltraitée, c'était pas pour ce qu'elle était, mais pour ce qu'elle représentait, à savoir ancienne, trop payée par rapport aux plus jeunes, pas assez soumise parce qu'elle tenait bon sur les valeurs du travail.

Elle tenait bon sur le travail bien fait, elle voulait pas céder là-dessus. Donc alors que... l'entreprise avait une politique d'augmentation de la productivité, d'embauche de CDD, enfin vous voyez ! les changements habituels quoi /.../

Alors, comment elle en est arrivée à cette analyse ? C'était ça qui était intéressant. Je lui pose donc la question et elle répond que le médecin du travail, quand elle est allée la

voir, en dehors du fait qu'elle l'ait aidée pour sa mutation, lui a dit 'mais vous savez, vous n'êtes pas toute seule... il y a d'autres collègues qui sont dans votre cas... si vous décidez de faire quelque chose ensemble, je vous soutiendrai'.

Ca a complètement changé sa vie! Donc elle est allée rencontrer les autres... Elle s'est rendue compte que, ensemble, collectivement, elles se sont rendues compte que... il y avait du sens à ce qui se passait... et que c'étaient pas elles qui étaient en cause en tant que personnes. Donc c'était pas leur peau qu'on voulait... et elles ont décidé de créer une section syndicale.

Là, au plan psychologique, la donne était complètement différente ; elle n'était plus dépressive, elle se battait, elle avait retrouvé sa dignité. »

Cette première illustration, ici d'un travail individuel d'écoute et de soutien, nous confronte avec la problématique habituelle de ces situations : celle d'une souffrance éprouvée sur un mode individuel, mais dont les motifs dépassent l'individu.

VI.2- Aider la personne à retrouver sa confiance

« De l'expérience que j'ai de l'accueil des gens en souffrance dans le cadre associatif, je peux dire qu'il ne s'agit pas de faire de la psychothérapie, ce ne sont pas des gens malades... C'est simplement des gens qui ont besoin, on pourrait appeler ça de 'renforcement du moi', qui ont besoin de retrouver leurs repères dans un face à face avec quelqu'un qui comprend les enjeux du rapport subjectif au travail et qui est de leur côté, sans rechercher une quelconque vérité soi-disant objective. C'est tout. » (Michèle)

Cette caractéristique de l'isolement éprouvé, souvent associé au sentiment d'être l'unique source des déboires rencontrés, doit être rapidement repérée par l'écouter. Ceci afin de mettre en place une relation de soutien capable de réinstaurer la confiance du sujet.

L'enjeu est d'importance. Il s'agit en somme pour le plaignant d'être mis en situation, par inflexion de sa perception de la situation, de se sentir moins isolé, moins coupable peut-être, de retrouver le courage d'agir, ceci dans son propre intérêt. Et parfois aussi, sur un mode plus collectif, d'agir dans l'intérêt partagé avec d'autres personnes confrontées à des problèmes similaires.

Toutefois les solutions restent l'affaire du plaignant, qui doit autant que possible garder le contrôle de sa situation. Au risque sinon, comme dans l'exemple qui suit, rapporté par Philippe, d'être victime de pseudo solutions... qui ne feront qu'aggraver la situation initiale⁴⁵ :

« C'est pas des dépressions ! Par exemple il n'y a pas longtemps, j'ai vu une femme, avec un gros problème affectif, divorce, etc. Elle fait une dépression, elle est traitée. Elle est dans un labo où elle fait des travaux très fins. Mais elle fait un certain nombre d'erreurs. Bon. Elle est sous psychotropes. Elle ne va pas bien du tout.

La direction la mute au poste qu'elle avait tenu en début de carrière et où elle avait fait des pieds et des mains pour en sortir ! Parce qu'elle ne supportait pas le travail, ni l'ambiance /.../ Donc elle est fragilisée. Ca finit par aller mal au travail... C'est vraiment une erreur d'aiguillage totale ! C'est-à-dire qu'au lieu de se préoccuper de comment on... on la refait dégringoler...

⁴⁵ Autre illustration de ces « solutions » qui aggravent les problèmes initiaux, voire même peuvent finir par devenir le problème principal (cf. Watzlawick *et alii*, 1975).

Alors à ce moment-là, ça devient conflictuel... Alors bon, après tu as des éléments vraiment du travail, qui viennent renforcer la situation et puis... au final tu trouves des gens en très mauvais état. »

L'écouter ne fournit aucune « solution ». Celles-ci appartiennent au demandeur qui selon son tempérament, son histoire propre, sa connaissance et sa compréhension du contexte, va produire, à un certain moment de son histoire douloureuse - ici avec le soutien d'un professionnel - ses propres réponses, les réponses les plus adaptées.

Le signe d'une évolution favorable se manifeste souvent par une auto-réactivation manifeste de l'énergie, autant mentale que physique, du plaignant. Michèle nous en fournit un exemple :

« Moi j'ai vu des fois, en une heure de temps, en un entretien, quelqu'un qui arrivait complètement avachi, dépressif... effondré physiquement, qui ressortait en colère par exemple. C'était la démonstration qu'il avait retrouvé ses repères !/.../

Et puis c'est pas seulement ça. Il se produit aussi une transformation... un renversement de posture. On passe de 'je suis rien, je me sens nul, j'arriverai jamais à m'en sortir', à 'mais finalement... je me suis laissé faire et ça suffit !' C'est un passage de la passivité à l'activité » /.../

C'est un accompagnement... de façon à aider les gens à retrouver leur combativité, leurs repères et à passer de la plainte à la parole. D'une position de victime passive à une position d'acteur.

Alors ça, je ne le dis pas, évidemment. Mais je pense que de cette façon, par induction, on peut aider les gens à recréer du collectif, parce que seuls, ils y arriveront jamais. On peut les aider à être moteur dans des collectifs. »

Solange intervient exclusivement en entreprise, mais elle pratique et associe des méthodes en situation collective aussi bien qu'en entretiens individuels. Elle propose son analyse, suggérant cependant ici des modes d'agir assez proches de ceux indiqués par Michèle :

« Lorsque je travaille en individuel, en fait c'est un travail sur le relationnel : La relation au travail, et la relation aux autres dans l'organisation du travail. On remet en place les représentations du processus de travail, les rôles, les fonctions, les relations, les non-dits, les évitements, les fuites et les actions possibles. Ces entretiens individuels sont une étape qui débouche toujours à un moment ou un autre sur d'autres étapes plus collectives.

Mon expérience ergonomique me sert beaucoup pour faire parler les gens très précisément de leur travail. Mais je suis dans un rôle différent, en 'position basse' comme disent les coachs. Car il s'agit de mobiliser chez notre interlocuteur le fait qu'il est acteur et co-constructeur de sa réalité et de ses liens au travail. »

VI.3- Maîtriser les réactions de l'organisation

Poursuivons avec Solange sur l'exposé d'une intervention dans une collectivité territoriale. Avec cette illustration, nous entrons dans le concret d'une intervention organisationnelle motivée par des problèmes de souffrances professionnelles.

« C'était dans une collectivité territoriale où il y avait eu différentes affaires de conflits, de gens qui n'étaient pas bien, qui ont fait des dépressions. Un suicide réussi, une

tentative de suicide, des plaintes pour harcèlement. Il y a eu une demande du CHSCT de faire une étude de psychodynamique /.../

La CGT disait 'il y a harcèlement moral'. La CFDT n'était pas d'accord, pour elle il s'agissait de souffrance et de malaise au travail'. FO ne savait pas /.../. Ils ont demandé une expertise pour faire le point /.../

J'ai proposé de faire une étude... que j'ai appelé une étude 'dynamique' à défaut d'être psychodynamique. C'est aussi ce que j'appelle 'une expertise d'accompagnement', où l'expert accompagne et aide une entreprise à savoir où elle en est et ce qu'elle peut faire pour faire évoluer la situation.

J'avais demandé une pré-étude, en rencontrant les syndicats, la direction générale, le maire, le médecin du travail, quelques personnalités. Et en visitant l'entreprise pour m'imbibber un peu de la culture.

On a affiné la méthode et j'ai proposé des entretiens individuels, qui seraient confidentiels et anonymes, sur demande, et des groupes de travail qui auraient 5 séances chacun... Dont les étapes étaient annoncées à l'avance dans un processus très cadré /.../ Première étape 'expression du problème', puis de la deuxième à la cinquième 'recherche des propositions' et 'mises en place des actions les plus immédiates'.

On a mené cette intervention comme prévu. Les participants ont été réactifs, ils tentaient des choses entre les séances. L'idée était de sortir de la plainte et de la dénonciation et de démarrer et d'entrevoir des champs d'action possibles.

Lors des entretiens individuels, on a construit avec les personnes un référentiel de situations qui leur permettait de mettre des mots plus appropriés à leur situation. Cette intervention a eu lieu en l'an 2000. La loi sur le harcèlement moral n'était pas votée, mais le livre d'Hirigoyen⁴⁶ faisait fureur. Tout le monde s'y reconnaissait, même les cadres présumés harceleurs. Les entretiens individuels ont permis de nommer en vrai les choses et non de les amalgamer sous cette seule étiquette. Expérience très riche pour les personnes et pour nous-mêmes.

Par contre, ce qui a été très important dans cette intervention, c'est un épisode qui a eu lieu environ à mi-parcours. Il faut rappeler que cette expertise, demandée par les syndicats et accordée par le maire, pour avoir la paix sociale en période pré-électorale, ne faisait pas l'unanimité. La direction générale y était plutôt hostile. J'ai voulu avoir des réunions de direction avec eux. Ils ont éludé.

Pendant ce temps, les groupes de travail avançaient. Des comptes rendus de ces réunions étaient fournis chaque fois à chacun des groupes et donnés en comité de pilotage, où siégeait la DRH.

Mais la direction n'avait pas du tout l'habitude d'une telle liberté de parole, ou d'écriture. Ce qui a donné lieu à une première réunion de mise au point, particulièrement houleuse et même violente vis-à-vis de nous, suivie d'un processus de dénigrement à l'égard du médecin du travail et des consultants, afin de discréditer l'expertise.

Cet événement en cours d'intervention est très intéressant. Nous l'avons abordé en comité de pilotage, soulignant que les méthodes utilisées envers nous : refus de parler, hurlements, dénigrements, etc. étaient justement les mêmes que celles qui étaient dénoncées par les salariés, dès lors que des désaccords survenaient dans la conduite d'un projet.

⁴⁶ Cf. Hirigoyen (1998).

Compte tenu de la gravité des faits, nous avons proposé de porter l'affaire devant le maire.

Cette expérience a été très utile pour comprendre à la fois le déni, la violence à l'égard de ceux qui s'y frottent et les phénomènes de transfert à l'égard du consultant. Nous offrant alors un terrain d'analyse privilégié et partagé avec nos interlocuteurs.

Pendant toute cette intervention, j'étais en contact avec un superviseur extérieur. Ensuite j'ai demandé que la mairie se fasse aider par un deuxième intervenant qui poursuivrait avec moi le travail entamé. Et à la fin de cette deuxième année, je me suis arrêtée et c'est lui qui a continué (nous continuons de travailler ensemble sur d'autres interventions).

Le médecin du travail a démissionné. Ceci permet d'attirer l'attention sur le fait que lorsque l'on commence à faire partie du problème, on ne peut plus rien faire pour sa résolution. C'est aussi un des points très pertinent de l'analyse systémique. »

Cet exemple montre on ne peut plus clairement le caractère de cheminement de l'intervention, improbable à définir *a priori* tant il apparaît conditionné par divers éléments culturels, historiques, propres à chaque entreprise, et dont l'intervenant ne sait bien entendu pas grand chose d'emblée.

Ainsi que l'a théorisé depuis longtemps l'école de Palo Alto (cf. Watzlawick *et alii*, 1972), l'interaction est permanente, les mouvements d'une partie induisant circulairement les mouvements en retour de l'autre partie.

Dans un tel contexte, la compétence autant que les qualités personnelles de l'intervenant s'incarnent dans sa compréhension de la dynamique organisationnelle des relations et des interactions, largement induite par ses interventions, dans sa capacité à maîtriser le processus de l'intervention et à ne jamais perdre le contrôle de la situation⁴⁷, ceci même dans les situations les plus tendues.

La compétence de l'intervenant, c'est aussi l'engagement rapide dans l'action, gage de l'atteinte d'un résultat effectif, autrement dit de changements, qu'ils soient comportementaux (cas des interventions du type écoute ou coaching) ou plus structurels pour l'aspect collectif (affectations de nouvelles ressources, modifications de fonctions, remaniements de responsabilités).

Car face à des résistances qu'il juge trop fortes, l'intervenant peut interrompre le processus, au moins temporairement. C'est la position explicitée par Michèle :

« Je dis que je me réserve la possibilité d'arrêter... si je vois que... ça résiste trop, si un point de non retour risque d'être atteint. Ceci étant, c'est toujours pareil /.../ c'est-à-dire, quand ça va mal, quand il y a une crise, ils sont très demandeurs ! Et puis quand ça se tasse, les résistances sont toujours les mêmes, même si on paie beaucoup. C'est-à-dire qu'à partir du moment où on touche à des nœuds qui mettent en cause l'organisation, autrement dit la structure, il y a risque de rejet.... C'est comme pour les thérapies /.../

En général... ça peut s'exprimer par... et bien on trouve que ça prend trop de temps ! on trouve que c'est pas nécessaire /.../ On dit qu'on fait et puis on fait pas.

Je ne suis pas pour rentrer dans le lard, parce que ça bétonne les défenses. Je suis pour faire bouger un tout petit peu les choses, jusqu'à ce qu'on y arrive plus, jusqu'à ce que

⁴⁷ Ce que le langage de l'intervention systémique nomme « position haute sur le cadre » (à la différence de la « position sur la relation », qui le plus souvent gagne à demeurer « basse ») (cf. Favaro, 2004b).

les résistances soient trop fortes. Quand les résistances sont trop fortes on arrête, et puis on attend. Mais ce qui est fait est fait »

Finalement on voit à quel point la demande d'intervention, qui est bien entendu une demande de changement, peut déclencher des réactions visant très explicitement au non changement...⁴⁸

Ce que Michèle exprime à sa façon, en montrant la nécessité de clarifier dès les premiers contacts le cadre de l'intervention :

« Pour l'intervention... alors là où je suis tombée des nues... C'est que je me suis rendue compte qu'il n'y avait pas plus de demandes authentiques maintenant que lorsque je travaillais en institution... Je pensais que puisque les entreprises payaient, le besoin de changement était réel. Mais dans bien des cas, l'essentiel est de montrer qu'on a fait tout ce qu'il fallait pour que... pour résoudre le problème, qu'on a fait des efforts, qu'on y a mis de la bonne volonté. Mais surtout que ça n'aille pas changer /.../

J'avertis sur... le fait que donner la parole aux gens, sur leurs conditions... enfin sur leurs souffrances au travail... c'est déjà en soi quelque chose d'engageant... parce qu'on pourra pas faire après comme si on avait pas entendu !

Déjà l'intervention c'est ça ! C'est... rendre publique une parole sur le travail... Il y a toujours une restitution... de façon à ce qu'il y ait une appropriation la plus large possible et qu'il y ait un avant et un après. Ca aussi, c'est contractuel, je vais jusque-là.

C'est jamais la direction seule qui me demande. En général, c'est un collectif, un groupe de travail avec des représentants du personnel, le médecin du travail etc, soit le CHSCT, et... si c'est la direction seule, je m'arrange pour élargir quand même, pour avoir un groupe de travail. »

VI.4- Déchiffrer le sens d'une situation de travail

Intervenir, c'est aussi comprendre et donner à comprendre de quoi est-il finalement question face à une souffrance, explicite ou insidieuse. Comme dans l'exemple suivant, rapporté par Michèle, où il va être question de maltraitance.

« Tous les gens qui travaillent dans le social sont en souffrance. En ce moment, je travaille dans une maison d'accueil spécialisée, avec des aides médico-psychologiques qui... travaillent avec des handicapés lourds... Elles vont pas bien et donc elles réclament une supervision, elles réclament un psy, et c'est dans ce cadre-là. Après, j'analyse la demande et je négocie les conditions, c'est-à-dire que je dis 'moi je suis pas psy mais psychosociologue et je vais travailler sur' /.../

Je leur explique que je ne vais pas m'intéresser à ce qui se passe dans la tête des gens, mais à comment ça se passe dans l'interaction entre eux et leur travail, premièrement. Et deuxièmement, je leur explique que je ne fais pas de supervision au sens traditionnel.

⁴⁸ Qu'on peut qualifier plus classiquement (dans une tradition psychosociologique) de « résistance au changement ». Cette situation est commune aux interventions organisationnelles autant qu'individuelles. Dans les deux cas, ne pas changer peut signifier maintenir l'immobilité et donc la perpétuation des problèmes, ou encore désirer un retour à l'état antérieur, supposé meilleur que l'actuel. Roustang (2001) rappelle à ce propos que le changement ne peut pas prendre une telle orientation : « Si l'on entend par guérison le retour au *statu quo ante*, il ne peut en être question » (p.72). L'école de Palo Alto a beaucoup contribué à clarifier les enjeux associés aux pseudos demandes de changement, ainsi qu'à proposer des stratégies d'actions appropriées à cet état de fait (cf. Favaro, 2004b).

A savoir qu'il me semble qu'une parole sur le travail est forcément adressée aux gens qui peuvent reconnaître la souffrance et ont un pouvoir sur l'organisation du travail /.../ A un moment ou à un autre, il faudra donc relier.

Donc ça veut dire que, à un moment où à un autre, notamment plutôt vers la fin de l'année, on prend un temps, moi j'écris et on prend un temps de restitution /.../ Il en sort des choses très intéressantes. La dernière fois c'était... avec des enfants, des adolescents handicapés lourds, qui ne parlent pas, qui ne voient pas, qui sont épileptiques... qui vont avoir 4 ou 5 crises par jour... Enfin bref, alors quand on leur propose des jeux dits 'éducatifs', les soignants ont le sentiment qu'ils en ont marre.

D'ailleurs, une des idées qui circulait était que quand ces enfants handicapés deviennent adolescents, ils voudraient faire des trucs d'adolescents. Donc on va les maquiller, les coiffer ... et c'est devenu obligatoire, c'est devenu une règle : 'il faut pas les laisser dans leur coin, il faut les solliciter, sinon ils se dégradent très vite', etc. Il y a de la culpabilité.

Donc... elles ont posé la question du sens ! A savoir quel sens ça a de maquiller une jeune fille... handicapée... aveugle... qui ne peut pas se voir dans la glace et ne comprend peut-être pas ce qu'on lui dit quand on lui dit qu'elle est jolie ?

A ce moment-là ... il y en a une qui dit 'et quel sens ça a de mettre du vernis à ongles à quelqu'un qui dort ?' Je dis 'oui, racontez voir ?'... Alors en fait il y a... une jeune fille qui est épileptique qui... Moi je connais pas bien ça mais qui est souvent... elle est cyclique, elle est très excitée, elle dort pas pendant 3, 4 nuits et puis elle s'écroule, elle dort pendant 4, 5 jours... d'affilée. Et on ne peut même pas la sortir du lit, il faut la porter ! Elle dort, on la prend, on la pose à table, elle dort.

L'encadrement leur reproche : 'vous ne pouvez pas la laisser dormir, il faut la solliciter, il faut la bouger, il faut l'obliger'... Elles essaient mais ... ça marche pas, elle dort toujours.

Et elles vivent ça comme de la maltraitance, d'imposer à cette jeune fille qui dort... de la prendre, de la soulever, de la mettre à table.... Et pour avoir la paix, c'est-à-dire pour donner le change à leur hiérarchie... elles trouvent que c'est moins maltraitant de lui mettre du vernis à ongles pendant qu'elle dort... voilà. C'est un compromis.

Vous voyez ! On en profite pour travailler sur 'qu'est-ce que c'est que la maltraitance ? Parce que... obliger quelqu'un à manger... quelqu'un qui ne mange pas, et pour qui c'est vital de manger... L'obliger à manger même en étant un tant soit peu violent... jusqu'où c'est pour son bien ? »

Il est utile à l'occasion de ces derniers témoignages de rappeler ce qui pourrait sembler une évidence, mais qui en matière de risques psychosociaux apparaît encore plus incontournable que pour d'autres domaines de la prévention (sécurité, santé) : la nécessité d'une demande au préalable.

Cette question de la demande, autant d'ailleurs que dans sa forme inversée, l'absence de demande⁴⁹, soulève bien entendu les deux problèmes déjà évoqués d'une part, de l'origine, de la nature, voire de l'authenticité de la demande, d'autre part, de la signification pratique de la mise en place en entreprise d'une prévention en amont de risques d'atteintes à la santé mentale des individus⁵⁰.

⁴⁹ Situation courante par exemple dans les contextes de petites entreprises (cf. Favaro, 1999, 2004). La question ne se pose pas tout à fait dans les mêmes termes pour ce qui concerne les demandes individuelles, où l'intrication des facteurs contextuels et de personnalité apparaît d'emblée plus marquée.

⁵⁰ Cf. *infra* § V.1 & II.4 respectivement.

Car sans symptômes, autrement dit sans problèmes avérés d'une certaine intensité, susceptibles par conséquent d'induire une demande, n'est-on pas en droit de se demander pour quel motif l'entreprise souhaiterait mettre en place un plan de prévention en santé mentale ?

Ceci d'autant plus que bien des situations dégradées ne conduisent pas nécessairement à l'action. Que les initiatives proviennent d'individus sensibilisés à ces questions - « minorités actives » et autres « sombres précurseurs »⁵¹ - d'individus ou de collectifs en souffrance, voire des niveaux de décisions dans l'entreprise (DRH, directions), en l'absence de problèmes avérés, ces initiatives seront souvent difficilement entendues et donc peu suivies d'actions.

⁵¹ Moscovici (1979), Chateaufreynaud & Torny (1999)

VII- DEFIS DE LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL

Ce dernier chapitre de présentation et d'analyse des expériences rapportées par nos quatre interlocuteurs voudrait mettre en exergue différents propos tenus, d'une nature plus spécifiquement réflexive ou portant sur les perspectives futures de l'action en santé mentale au travail.

Les deux premiers thèmes reprennent des préoccupations génériques aux sciences sociales appliquées. A ce titre, les oppositions subjectivité/objectivité et connaissance/action mobilisées dans le champ de la santé mentale au travail peuvent être vues comme des avatars d'une problématique plus large, liée aux contraintes propres à toute volonté de changement sur un système humain (aux niveaux individuel ou collectif).

Déjà abordées dans la discussion du deuxième chapitre, nous reprenons ici ces deux thématiques fondamentales, au travers d'illustrations qui montrent l'impact concret de ces questionnements auprès des professionnels rencontrés.

Les thèmes suivants – enjeux autour du harcèlement, extension des publics touchés, évolution des dispositifs d'intervention – sont plus spécifiquement liés au thème de la souffrance professionnelle. Nos interlocuteurs y font état à leurs propos d'évolutions récentes et des préoccupations qu'elles soulèvent.

VII.1- Faire prendre en compte la subjectivité au travail

Bien que la reconnaissance de l'importance et donc l'intérêt pour la subjectivité au travail procède d'un long parcours théorique et technique, initié pour la France dans l'entre-deux guerres, notamment par des psychiatres qu'intéressaient les questions de santé au travail (cf. Billiard, 2001, 2002 ; Torrente, 2004), les résistances, qu'elles soient culturelles, épistémologiques ou idéologiques, restent très vives.

Avec la position progressivement établie par Michèle, on réalise à quel point il peut être difficile de faire accepter cette idée pourtant simple, voire évidente, de la primauté de la représentation subjective du sujet quant à sa situation, et les conséquences de cette représentation en termes de comportements adoptés.

« Et dans l'entreprise... les patrons, quand même, ça a été présenté aux directeurs du site... qui ont dit que c'était intéressant, parce que c'était une vue de l'intérieur. Ils avaient bien perçus que c'était quelque chose de subjectif... mais qu'il serait quand même intéressant de vérifier, et voir si c'était objectif.

J'avais eu beau essayer en préambule de dire que la subjectivité c'était une réalité parce que c'était quand même là-dessus que les gens réglaient leur comportement /.../

Alors au début, je cédaï, c'est-à-dire que j'acceptais... de trouver des compromis, des truc quantifiés /.../ Je disais 'mais regardez quand même, il y en a'. Mais ça n'allait pas. Donc maintenant je ne négocie plus.

C'est-à-dire que je dis que la subjectivité, même si c'est pas palpable, c'est quand même une réalité qui régit tous les comportements humains, c'est en fonction de la façon dont les gens ont interprété la situation qu'ils vont tomber malades ou pas, et ça on y peut rien et ça se quantifie pas. 'Si vous avez vraiment un problème, vous devrez accepter ça' /.../ Voilà alors c'est ça, cette liberté-là, je l'ai maintenant. »

Philippe rapproche cette difficulté de mobiliser, de faire reconnaître le poids de la dimension subjective dans les situations de souffrances professionnelles, avec des tendances de fond de nos sociétés⁵² :

« Dans la communauté professionnelle, scientifique, il y a deux sensibilités. Il y a une part de gens, dont des intellectuels quand même de grand renom, qui sont sur l'idée qu'il y a quelque chose comme un effondrement de la civilisation, sous la poussée de la technique, de la mathématisation. Enfin d'élimination de la subjectivité /.../ Un positivisme... absolu... exacerbé /.../ qui se traduit concrètement, on le voit bien dans les entreprises, par le fait que les choses ne s'expriment plus que par des chiffres /.../

Mais ce que me montre aussi la clinique, c'est que ce monde-là n'arrive à persister que parce que les gens résistent. C'est-à-dire que d'un certain point de vue, ils le font fonctionner. Mais d'un autre côté ils résistent.

Par exemple à l'hôpital, la direction va gérer sur des critères gestionnaires tout un tas de choses. Et en gros... si les gens faisaient ce qu'on leur dit de faire, ils déploieraient des activités totalement déshumanisées ! En fait ils ne se plient jamais à ça ! Et c'est parce qu'ils résistent, parce qu'ils essaient de mettre de l'humanité dans la logique du système que le système fonctionne ! S'ils décidaient de s'arrêter, si demain les gens disent 'on fait comme ce que dit la direction', l'hôpital il s'arrête immédiatement ! »⁵³

Une difficulté commune est que dans le langage courant, « subjectif » évoque « non réel ». Mais non réel pour qui, pour quoi ? Pour autrui éventuellement, mais qui lui aussi a sa subjectivité⁵⁴... Pour l'individu en souffrance, rien de plus réel que ce qu'il vit et la façon singulière dont il l'éprouve.

Ainsi, comprendre et surtout agir sur des problématiques de santé mentale au travail, que ce soit en consultation individuelle ou en intervention organisationnelle, ne peut guère se concevoir en faisant abstraction ou en niant le poids des positions subjectives, notamment au motif de la nécessité d'objectiver, sous des formes plus ou moins savantes, les problèmes. Encore une fois, pour qui et pour quoi ?

VII.2- Privilégier les pratiques sur les savoirs

Pour Philippe, il faut se garder de confondre les deux registres. C'est sur un ton non dénué d'humour qu'il nous alerte de ce travers, et ceci dès les premiers échanges :

« On arrive /dans l'entreprise/ avec des problématiques de prévention telles qu'elles sont enseignées par la fac. C'est-à-dire quand même avec implicitement beaucoup l'idée que le savoir transforme les choses.

Tu arrives et... les gens, ils ne savaient pas et donc ils tombent à genoux, les bras en croix et puis ils savent et donc après toutes les choses se mettent en place... Alors évidemment c'est un peu un choc pour les préventeurs, mais tu t'aperçois assez vite que /.../c'est pas comme ça ! »

⁵² Sur ce plan de l'impact sur le monde du travail d'éléments culturels plus généraux, il conviendrait aussi de tenir compte du poids des représentations de notre environnement techno-scientifique. Autant par ses succès que par les inquiétudes qu'il engendre, il contribue fortement à former les représentations couramment observées du fonctionnement mental (cerveau vu comme une machine) ou des rapports humains (sur-rationalisés), soit pour chacun de ces deux registres, une représentation désaffectivée. Pour une discussion des aspects cliniques de cette question, cf. Favaro, 1986.

⁵³ Ces propos font écho à la thèse de Dejours (2003) relative à la tension croissante entre conceptions du travail fondées sur des critères gestionnaires (prescrit) ou d'activité (réel).

⁵⁴ Ce que la psychanalyse nomme depuis longtemps la « réalité psychique » (cf. Chouvier & Roussillon, 2004).

Il s'agit en effet d'un point souvent mal compris, tant l'idée selon laquelle la connaissance doit nécessairement précéder l'action s'impose comme une évidence, tant est prégnante l'idée que l'action est déclenchée par la connaissance et que sa pertinence est subordonnée à la qualité de la connaissance acquise au préalable⁵⁵.

De sorte que le risque d'enlèvement dans des recherches causales complexes ou dans des opérations de diagnostic interminables tend parfois à repousser l'engagement dans l'action au-delà du raisonnable pour les demandeurs.

Ainsi avec l'exemple de l'intervention dans une collectivité territoriale (cf. §VI.3), Solange a eu l'occasion d'illustrer la nécessité d'induire rapidement des actions. La démarche mise en oeuvre montre que l'important n'est pas tant de diagnostiquer la nature (harcèlement, violence, stress) ou l'intensité des agressions subies par les uns ou les autres.

L'important pour un professionnel de la santé mentale au travail, soucieux d'efficacité, est de tenir compte dans sa pratique de la mobilisation, parfois imprévisible, du système (individu ou organisation) en réaction à son intervention. Réaction qu'il doit rapidement identifier et au besoin être capable de supporter, en vue de s'en servir dans l'élaboration même de son dispositif de travail⁵⁶.

En cela, le positionnement de l'intervention autant que de la consultation à peu à peu avec celui de la production d'une connaissance, dans laquelle l'observateur se considère généralement comme extérieur à l'objet de son investigation⁵⁷.

En particulier, Solange indique clairement que la phase de diagnostic doit être réduite à sa plus simple expression, dans une perspective d'action et de changement à mobiliser aussitôt :

« Je ne crois plus du tout au fait de faire un document qui dénonce les choses et que le fait de dire ces choses-là, ferait bouger quoi que ce soit /.../ Si La souffrance, c'est l'empêchement du pouvoir d'agir, sortir de la souffrance, c'est se mettre en action... Le diagnostic se fait au fur et à mesure et à la fin, à la lumière des premières actions, lorsque chacun comprend, et dit, d'où il est parti et ce qui est en train de changer et le sens que ça prend. Cette démarche choque les habitués des interventions rationnelles issues de l'audit. Elle a été aussi pour moi source de surprises et d'apprentissages nouveaux. »

⁵⁵ Les travaux consacrés à la prise de décision en situation « naturelle » (c'est-à-dire non pas en situation expérimentale mais sur le terrain des entreprises notamment) décrivent parfaitement cette réalité (cf. notamment les travaux de March, bien résumés par Romelaer (1994)). On trouvera des éclaircissements synthétiques dans l'ouvrage de *Dauberville et alii* (1996), notamment le chapitre V : « savoir et action en entreprise ». Enfin, pour une étude détaillée en entreprise, cf. Bonarelli (1994), dont on trouvera une recension in Gélienier (1994).

⁵⁶ Position très illustrative d'un paradigme constructiviste, au sens où dans le contexte de l'intervention, rien n'est objectif, sinon dans l'esprit, les croyances et les positions des uns et des autres. De même, rien ne peut vraiment être prévu et planifié par avance des situations d'actions-réactions induites par l'intervention et pilotées par l'intervenant. Sur l'épistémologie constructiviste, on pourra consulter Searle (1995). L'application aux relations humaines a été particulièrement développée et opérationnalisée par l'école de Palo Alto (Witzezeale, 2003).

⁵⁷ Ainsi que discuté au § II.2. Certainement peu discutable en matière de sciences naturelles (physique, chimie), l'épistémologie positiviste, qui sépare radicalement observateur et objet observé est par contre source de nombreux malentendus, erreurs de jugement et autres déconvenues lorsque appliquée sans discernement au monde des rapports sociaux, *a fortiori* dans une finalité d'intervention.

Sans dire que d'aucuns - individus comme organisations - savent au besoin exploiter habilement, afin que rien vraiment ne change, cette tendance qu'ils percevront chez leurs interlocuteurs de vouloir « tout objectiver »...

VII.3- S'adapter aux évolutions sociétales : l'exemple du harcèlement moral

Travailler dans le domaine de la santé mentale en général et du travail en particulier nécessite d'être attentif aux évolutions sociales, culturelles, juridiques faisant que les situations prennent, selon les époques et les lieux d'exercice, des significations diverses.

Une illustration de cette caractéristique apparaît bien à propos de harcèlement. En effet nos interlocuteurs s'exprimeront beaucoup sur les conséquences de la judiciarisation du harcèlement au travail, à leurs dires souvent problématiques pour l'intervention autant que pour la consultation⁵⁸.

Au travers des propos recueillis lors des entretiens, trois conséquences peuvent être notées :

VII.3.1- Une conséquence « statistique »

Nous faisons référence à la dominante de plaintes ou de demandes d'interventions au motif de harcèlement (moral ou sexuel). Il s'agit alors pour l'intervenant de faire la part des choses entre la réalité d'une situation effective de harcèlement, au sens de la définition admise (agissements répétés en vue de nuire) et celle d'une mise en forme sociale des diverses souffrances liées au travail (conflits, surcharges) qu'occasionne le grande médiatisation de la notion de harcèlement⁵⁹.

Trois commentaires illustrant ce phénomène :

« Et puis il y a quelque chose qui est propre au changement profond, alors ... Ca je le fais sur des questions d'agression... de harcèlement moral, avec quand même une nécessité d'élargir la demande, parce que harcèlement moral... ça c'est un des effets positifs et négatifs de la loi. Positif c'est qu'il y a des demandes, donc une forme de reconnaissance implicite de la souffrance. Et négatif c'est que la demande formulée en termes de 'harcèlement moral' est impossible à traiter en tant que telle, c'est une impasse et que le travail de la demande est particulièrement difficile parce qu'il faut se donner les moyens d'une remise à plat. » (Michèle)

« Mais alors déjà... déjà on peut dire que, même en première analyse, il y en a quand même très souvent... qui vont relever... d'emblée de quelque chose qui ressemble beaucoup à, soit du conflit, soit de la détérioration grave du climat de travail ou de l'ambiance de travail etc. Alors évidemment il va y avoir des petites choses, des petits éléments... factuels qui vont pouvoir être classés dans 'harcèlement'. » (Marie)

« Bon donc. Voilà les objectifs, et puis au-delà... il y a tout le problème de la prévention. C'est-à-dire 'qu'est-ce qu'il faut faire pour que ça aille moins mal ?' Bon très vite on a été submergés par les histoires entre guillemets 'harcèlement'. » (Marie)

⁵⁸ La notion de harcèlement moral au travail a été introduite en 2002 dans le Code du travail (art. L.122-9 nouveau pour la définition) et le Code pénal (art. L. 222-33-2 pour la sanction). Cf. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 et Loi 2003-06 du 03 janvier 2003. On trouvera une prise de position favorable in Montero (2003). D'un point de vue sociologique et hors de toute interprétation sur l'opportunité de la loi sur le harcèlement, cette évolution représente un avatar de la tendance observée de judiciarisation des conflits dans nos sociétés (pour une synthèse de la problématique socio-politique du concept de harcèlement, cf. Le Goff, 2003b, 2003c).

⁵⁹ Suite notamment à l'impressionnante audience du premier ouvrage de Hirigoyen (1998), traduit dans 22 pays !

VII.3.2- Une conséquence « clinique »

L'incitation consécutive pour les plaignants à adopter une « position victimaire » (Hirigoyen, 2001) et pour les organisations à externaliser les problèmes vers le juridique, rendent très aléatoires pour les uns comme pour les autres les perspectives d'évolutions favorables⁶⁰.

« En général, on évite d'utiliser les termes de 'harcèlement moral'. On démarre avec la notion de relations 'problématiques' ou 'dégradées'. On travaille sur les relations de travail. Il m'est arrivé une fois, lors d'un entretien individuel avec une directrice, de pratiquer l'effet miroir. Elle a pris conscience de sa violence et de sa façon de prendre des décisions.

Depuis qu'il y a la loi, il me semble que c'est encore plus difficile d'employer ce terme. Il ne désigne plus seulement des comportements, mais un délit. Dans les demandes qui nous sont faites, il est évident que chacun aimerait nous faire jouer le rôle du juge ! Nous faire dire s'il y a ou s'il n'y a pas harcèlement moral. Ce qui dans la majorité des cas, n'est pas la question.

Pour les médecins du travail, c'est aussi très compliqué. Surtout lorsque les documents qu'ils reçoivent de leurs autorités de tutelle leur indiquent, en premier alinéa, que la reconnaissance du harcèlement moral est la première étape pour la guérison ! D'une ville à l'autre, d'un médecin à l'autre, les positions et méthodes sont vraiment différentes. » (Solange).

VII.3.3- Une conséquence « dynamique »

Il s'agit de la difficulté d'engager un travail d'intervention autant que d'aide individuelle, compte tenu de la nécessité de prouver juridiquement les faits allégués, ainsi qu'en conséquence des réactions induites chez les tiers, notamment pour les personnes accusées de harcèlements ou leurs entourages professionnels proches (par phénomènes d'alliance ou de coalitions).

« C'est très difficile les actions en justice... Parce qu'il faut avoir les billes... il faut avoir les témoignages /.../ Donc dans la majorité des cas... c'est impossible. Parce qu'ils n'ont pas suffisamment de témoignages, donc ils courent à leur perte. Donc bon, nous on est souvent amenés à déconseiller ça. Parce que... alors déjà pour ça, c'est la raison la plus pragmatique. /.../ Ca permet aux gens de prendre la mesure de la réalité. Ils pensent qu'ils auront des témoignages... de leurs collègues, et puis dès qu'ils demandent, ils en ont pas... forcément ! Les collègues... » (Marie)

Avec le témoignage suivant, nous mesurons à quel point il peut être difficile pour le praticien de la souffrance professionnelle de soutenir des personnes prises dans les logiques de positionnement défensif générées par leur environnement :

« Mais maintenant, il faut voir les logiques ! Aujourd'hui les gens par exemple que je vois pour harcèlement moral... qui sont des situations que je ne retravaille pas à la Hirigoyen⁶¹... que je travaille côté travail. La norme aujourd'hui c'est que pratiquement les directions dégainent avant les gens /.../

Et que les gens qui sont dans ces positions-là, bien souvent, les personnes qu'elles désignent comme harceleurs ont déjà porté plainte avant elles ! /.../ Manifestement elles

⁶⁰ Cf. Davezies (2003) & Lapeyrière (2004).

⁶¹ Allusion aux premières thèses développées par M. F. Hirigoyen (1998) : position perverse du harceleur, position victimaire du harcelé.

sont bien conseillées. Et une façon de couper l'herbe sous le pied, c'est d'accuser toi-même de harcèlement ! /.../

Déjà les directions ont compris que quand elles allaient vers un harcèlement moral, il fallait formaliser les choses. Donc immédiatement elles se mettent à faire des lettres recommandées, chaque fois. Parce qu'il faut pouvoir justifier devant le tribunal.

Mais là, depuis quelque temps, on a vu émerger un bien meilleur système : il faut soi-même se poser comme harcelé, d'emblée ! Ca te coupe les pieds de l'autre ! Alors... tu te rends compte la confusion que ça met ! » (Philippe)

VII.4- S'adapter à la diversité des publics

« On a 1,4 % en CDD. Il y a très peu de personnes en situation précaire... Et la durée moyenne de présence dans l'entreprise est de 9 ans. Donc si vous voulez un profil type, c'est une femme... qui a une ancienneté déjà dans l'entreprise, installée dans son poste... qui a un contrat disons relativement... solide. Donc aussi qui a quelque chose à perdre... C'est souvent des gens investis dans leur travail. » (Marie)

« Dans la réalité les victimes qu'on voit, c'est toujours des gens... ils sont victimes parce qu'ils ont essayé de promouvoir ou de préserver quelque chose ! Ceux qui s'en moquent ne sont pas harcelés... » (Philippe)

Cet investissement qui rend vulnérable, noté au-delà de cette enquête par tous les professionnels, n'est cependant pas l'affaire d'une catégorie spécifique.

VII.4.1- Les employés

Du fait conjugué de leurs conditions de travail, souvent très contraintes, et de leur position modeste dans les structures des organisations, employés, techniciens, ouvriers et autres catégories de personnels de niveaux d'exécution sont bien entendu les premières personnes susceptibles d'être atteintes par des situations de travail délétères à un titre ou l'autre.

« Oui et puis on a beaucoup de gens. Dans les permanences /.../ on a beaucoup de gens... quand même peu favorisés. C'est plutôt des petites catégories sociales... et qui ont plein de problèmes de santé, donc de travail /.../

Accidents du travail, handicaps, invalidité tout ça. Et souvent qui sont dans des situations psychologiques dégradées... Et en fait ils sont jamais pris en charge ! Ils sont pris en charge par des traitements médicamenteux des généralistes, c'est tout.

Bon les CMP⁶² sont surchargés, les gens n'y vont pas spontanément. Et puis... c'est pas une catégorie qui fait cette démarche-là.» (Marie)

VII.4.2- Les cadres

De par leurs positions intermédiaires entre les personnels d'exécution qu'ils ont en responsabilité et les directions auxquelles ils doivent rendre des comptes, les personnels d'encadrement intermédiaire ou de niveau plus élevé - agents de maîtrises, chefs d'équipes, contremaîtres, chefs de projets, cadres - subissent de plus en plus semble-t-il les effets d'une position les exposants à toutes les contradictions. Les retombées en

⁶² Centres de Médecine Préventive.

termes d'exposition croissante pour leur santé mentale contribuant à l'émergence de cette « fatigue des élites » décrite par Dupuy (2005)⁶³.

Philippe évoque cette évolution du rapport des cadres à leurs entreprises :

« Alors ça, dans les interventions, travailler avec les cadres... les cadres portent aujourd'hui des discours infiniment plus sévères sur l'organisation du travail que quand tu travailles avec un militant de Sud ou de la CGT ! Ah oui, tu as des cadres qui sont dans des comités de direction... et qui te décrivent des fonctionnements à l'intérieur des comités ! /.../

Qui voient extrêmement précisément. Alors ils voient pas bien qu'est-ce qu'ils peuvent faire... Mais qui voient extrêmement précisément ce qui ne va pas, la dissimulation, le mensonge... Oui, les jeux /.../ Le fait qu'il faut surtout pas dire qu'on a des problèmes. »

VII.4.3- Les dirigeants

Pour les cadres supérieurs, dirigeants et tous niveaux de direction, bien entendu la marge décisionnelle et par conséquent l'autonomie d'action rencontrée est généralement des plus élevées. On peut toutefois s'interroger en contrepartie sur les conséquences d'un impératif social tout aussi croissant de taire les difficultés de toutes natures rencontrées : ampleur des responsabilités, relation avec les organismes de tutelles, les conseils d'administration, les figures politiques, nécessité d'être souvent en représentation, décisions parfois difficiles à prendre, charges de travail envahissantes.

« J'ai vu un médecin du travail qui /.../ suivait dans une grosse entreprise, une filiale française, une multinationale, dont le siège était à New-York. Et le directeur France... qui était réputé pour être un homme... dur, ambitieux et qui avait... mené une vie épouvantable à toute la boîte pour atteindre ses objectifs, était venue la voir... en lui demandant de le mettre inapte... Parce qu'il en pouvait plus ! » (Michèle)

Outre la souffrance vécue se pose aussi celle dont on se sent responsable de par ses attributions. La tentation est alors forte de se réfugier dans diverses formes d'évitement :

« Mais c'est la charge que ça représente ! Je pense que c'est intenable... d'être dirigeant d'entreprise, qu'en plus de devoir gérer des questions économiques... d'avoir une claire vision qu'il y a des gens... à qui ça fait péter les plombs... Bon donc ils laissent ça de côté et puis voilà ! » (Philippe)

VII.5- Faire évoluer les dispositifs d'intervention et de prise en charge

VII.5.1- Extension des cellules d'écoute

Michèle soulève cette question en terme de besoins de formations, notamment pour des publics de médecins dont on a déjà pu noter la situation difficile qui est la leur face à une demande d'aide en forte croissance :

« Mais je pense que là aussi il y a quelque chose à développer, que j'arrive à développer dans le cadre de la pluridisciplinarité, qu'on arrive à développer... Des formations pour médecins, pour qu'ils puissent mettre sur pied des cellules d'écoute. »

⁶³ Cf . aussi Bouffartigue (dir), 2001.

La possibilité de consulter à l'extérieur du cadre professionnel peut aussi répondre à des intentions diverses. Ainsi Marie suggère un « lieu de parole » qui ne soit pas pour autant une consultation :

« Un lieu neutre, extérieur à l'entreprise, neutre. On les juge pas, on les écoute /.../ Les consultations 'souffrance au travail', c'est déjà une consultation, c'est pas un lieu comme ça. Et puis on a pas forcément à faire à des psys. »

Solange et ses collaborateurs développent quant à eux des « processus courts de médiation », centrés sur le travail. Il faudrait avoir plus de recul pour apprécier leurs conditions de réussite et leur durabilité. Mais pour le moment ils découvrent, pour certains cas, comment des affaires très tendues et limites du judiciaire ont pu se résorber, avec une participation active de l'environnement (hiérarchique et collègues) modifiant quelques-unes des modalités de leurs relations de travail.

VII.5.2- Nécessité d'une coordination

Les besoins de coordination entre diverses personnes et instances impliquées face aux situations rencontrées recoupe en partie la question de la mobilisation des tiers (cf. §V.4). Marie poursuit sur ce thème, montrant qu'il ne se limite pas aux seuls acteurs de l'entreprise :

« Alors l'autre objectif c'était /.../ de coordonner les interventions des professionnels. Parce que, l'adhérent classique de XXX, c'est un gars qui est écartelé entre la décision du médecin conseil, celle du médecin du travail qui le met inapte. Le médecin conseil veut qu'il retravaille, le médecin généraliste continue les arrêts alors qu'ils ne sont plus indemnisés... /.../

Donc ce qui s'impose c'est qu'effectivement, il faudrait quand même que ces professionnels... dont le poids est important sur le devenir médico-social des gens... s'entendent, prennent des décisions cohérentes. Alors donc l'idée c'était de mettre en place des prises en charge, enfin du moins de coordonner quelque chose qui permette... d'éviter les enlissements, les situations qui s'enlissent dans les arrêts prolongés, ce qui aggrave les gens /.../

Parce que... quand même, une grosse partie du boulot qu'on essaie de faire, c'est le lien avec les professionnels en charge et les acteurs sociaux. Alors donc, par exemple si c'est quelqu'un qui est dans une situation... qui semble évoluer vers la fameuse décision d'inaptitude, en tout cas la rupture du contrat... Alors on est tout le temps entre... rupture du contrat ou intervention en entreprise, ou les deux. »

VII.5.3- Interrogations sur l'avenir de l'aptitude médicale

Sur ce débat, autant technique que politique et social, Marie nous fait part de son expérience et de ses interrogations, qui recouvrent aussi des problématiques de prévention d'autres facteurs de risques (d'accidents, de maladies) :

« Mais les mêmes médecins du travail disent : 'on supprime l'aptitude', entre guillemets 'caution au risque'. Bon d'accord 'mais on garde l'inaptitude'. Mais nous on constate que dans les questions de harcèlement et autres, c'est exactement la même chose parce que, c'est pas parce qu'on met quelqu'un 'inapte' même si dans l'immédiat ça paraît être une aide à lui apporter pour qu'il puisse se tirer de cette situation...

Il n'empêche que c'est pas du tout de la prévention non plus. C'est aussi de la caution du risque... quelque part. Parce que si on est dans une situation très délétère sur le plan

mental dans une entreprise, et que les gens qui craquent, on les sort en les mettant 'inaptes', on fait rien pour que ça change dans l'entreprise /.../

Mais bon on avance quand même là-dessus, mais c'est pas si simple que ça. Supprimer l'aptitude, c'est incantatoire... Parce que bon, d'abord il y a le problème des postes de sécurité... Il y a le problème du maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants, handicapés, malades etc. Donc là c'est l'expertise médicale sur l'adéquation entre une mission, un poste et un état de santé. Donc c'est pas blanc ou noir cette histoire-là. On peut pas en parler comme ça !

Par contre, alors la question qu'il faut... à ce moment-là moi je dis que la vraie question, derrière ça, c'est de redéfinir les missions du médecin du travail. Parce que quand on dit : 'il faut supprimer l'aptitude', ce que je vous explique, c'est que ça, c'est venu en gros aussi dans le sillon de l'amiante. C'est-à-dire que effectivement, toutes les victimes de l'amiante ont été 'aptes'. »

VII.5.4- Impact de l'obligation d'Évaluation des Risques

Par décret en date du 5 novembre 2001, le Législateur français a institué l'obligation pour les entreprises d'évaluer les risques : « L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs /.../ Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement » (extrait de l'article R.230-1 du Code du travail). Ce décret sera suivi d'une circulaire d'application en date du 18 avril 2002 (20 pages avec les annexes)⁶⁴.

Au delà de son caractère juridique d'obligation réglementaire, les instances nationales en charge de promouvoir la prévention (l'Institution CNAM-CRAM-INRS, l'ANACT, la Médecine et l'Inspection du Travail) y voient en règle générale plutôt une opportunité d'initier ou de consolider les efforts de prévention des risques dans les entreprises.

Deux de nos interlocuteurs apparaissent ainsi plutôt favorables à cette évolution, dans laquelle ils voient une opportunité de renforcement pour la prévention des risques psychosociaux :

« On peut espérer que l'évaluation des risques et tout ça petit à petit /.../ Bon on peut imaginer que... que ça soit le début d'une prise en charge. » (Philippe)

Mais c'est Marie qui manifestement met le plus d'espoir dans ce dispositif :

« On revient au positionnement de la consultation, le système vu par un martien qui arriverait... il est pas mal fait ! Il y a des médecins de soins, il y a des médecins du travail, il y a des représentants du personnel /.../

Il y a même un document unique d'évaluation des risques /.../ Dans la loi de modernisation sociale, c'est la santé physique et mentale /.../

Il y a tout. Franchement il y a tout. Donc... pourquoi ça marche pas ? En fait... donc nous, dans le positionnement qu'on a, c'est-à-dire... qui est franchement du côté des usagers, puisque c'est une association d'usagers, plus juridique, revendicative et de défense devant les tribunaux, donc bon c'est à peu près clair /.../

⁶⁴ Circulaire d'application n°6 DRT (Direction des Relations du Travail du ministère de l'emploi et de la solidarité) du 18 avril 2002 (<http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/systeme/pdf/circ1804.pdf>).

Mais donc, le positionnement il est... net et on reçoit les gens qui nous sont envoyés par les médecins du travail. Ce truc-là a bien fonctionné c'est vrai. Et on renvoie en fait aux différents acteurs, ceux qu'on peut trouver sur le chemin quoi /.../

L'évaluation des risques, avec la /.../ circulaire du 18 avril 2002... si vraiment une entreprise met ça en œuvre... ça va loin ! /.../ La démarche d'évaluation des risques telle qu'elle est présentée dans la circulaire... c'est une révolution ! /.../ Bon enfin... je veux dire c'est des outils ça, si on est sur le terrain, si on veut les faire vivre, c'est fantastique /.../

Notre interlocutrice poursuit son propos en envisageant l'application auprès des petites entreprises :

« Et si vous les mettez ensemble /des chefs de petites entreprises/, et que vous discutez comme ça à bâtons rompus.. de la vie et de la médecine du travail etc... je vous donne pas 5 minutes pour que vous soyez sur les risques psychosociaux. Ils vous disent tous : 'oh là, là, le pire c'est de mener le personnel, c'est infernal, et untel, et ceci et cela' /.../

Et donc vous leur dites : 'bon bien oui, alors donc qu'est-ce qui est difficile ?' Vous leur montrez ça, mais c'est une mine ! Donc j'ai pas besoin de ça... eux ils rentrent pas par les accidents. /.../ Ils rentrent sur la difficulté de leur métier de chef d'entreprise, et en général c'est ça qui arrive, toujours /.../

De comprendre ce qui se passe quand ils ont un collaborateur qui va pas bien, etc. C'est ça qu'ils vont vous dire ! Donc... je pense que... du côté des professionnels de santé au travail, si on savait répondre à ça, si on se donnait les outils pour au moins... amorcer la discussion, avec l'idée de la boucle de la circulaire /.../

Il faut leur dire : 'vous voyez bien que... si'... Ces questions-là elles vous bouffent l'énergie d'ailleurs ! Ils le disent en général. Ils disent par exemple : 'moi je fais plus du tout mon métier, j'arrive plus à faire mon métier, je suis trop bouffé par tous ces trucs-là'. Et là si vous lui dites à celui-là : 'et les délégués du personnel ?'... 'Oh mais non, non, moi les syndicats j'en veux pas'... Bon évidemment ! 'Ca surtout pas, alors là, qu'ils s'amusent pas à se syndiquer'. Et donc on leur dit : 'ah bon !' Et on peut les amener sur, effectivement qu'est-ce que c'est le dialogue social, le fait de mettre des règles etc., pour qu'on puisse rattraper les choses quand elles dérapent...Et on peut aller très loin comme ça /.../

Alors évidemment, quand ils ont un problème avec un salarié qui ne va pas bien, ils se raidissent. C'est normal comme ils ont pas de billes, ils savent pas attraper ces questions-là, alors ils disent : 'c'est lui, parce que sa femme l'a quitté', et voilà /.../

Donc le défi c'est de leur démontrer que c'est pas ça, qu'il y a une autre façon de voir les choses. C'est un défi. »

La compréhension des facteurs de risques psychosociaux et la capacité consécutive d'action sur ces derniers, et non seulement sur les aspects techniques de la prévention, deviennent une nécessité, *a fortiori* dans les petites entreprises. En cela Marie illustre de quelle façon selon elle le préventeur ou le médecin pourraient tactiquement s'y prendre⁶⁵.

Cependant, l'expérience montre que bien des évaluations effectuées conduisent plus modestement à l'élaboration de listes statiques de facteurs de risques juxtaposés, sans

⁶⁵ Sur les stratégies d'intervention vers les PME, cf. Favaro, 2000a.

guère de liens entre eux et laissant peu de place à la prise en compte du caractère évolutif et contextuel de nombreuses situations d'expositions professionnelles.

Si à la rigueur la possibilité d'un tel traitement statique et linéaire est concevable pour ce qui concerne les risques matériels, la démarche est-elle applicable sans autre forme de procès aux facteurs de risques physiologiques (expositions cumulées) et plus encore psychosociaux ? Gageons toutefois que dans l'esprit d'une démarche plus souple en pratique, l'évaluation des risques contribue effectivement à un meilleur contrôle des risques pour la santé mentale des individus.

VII.6- Atteintes en retour : souffrance et précarité des professionnels de la santé mentale au travail

Nous ne pouvons conclure ce parcours de discussion et d'illustration d'actions en santé mentale au travail sans signaler les formes de souffrance susceptibles d'atteindre les intervenants eux-mêmes dans l'exercice de leur métier.

Nos interlocuteurs font en effet de fréquentes allusions à des vécus de souffrance manifeste :

« Mais, mais ça va nettement mieux ! L'année dernière j'étais vraiment au bord de l'épuisement...nerveux... J'en pouvais plus !... Je sais ce que c'est que le stress. » (Michèle)

« C'est très dur /.../ Parce que on est atteints, nous les consultants, presque du même symptôme que les salariés victimes dans l'entreprise. C'est-à-dire qu'on est omnibulés /.../ On a envie d'en parler tout le temps. On se demande comment ça peut arriver et on se dit 'mais qu'est-ce que je peux faire pour vaincre ce déni ?' »

« Ca a été une période où j'ai eu de la chance, d'abord de travailler /.../ à l'université sur le plan théorique /.../ et puis en prenant une supervision. »

« Dans un groupe de travail, j'ai rencontré des consultants qui ont fait une expertise très dure. Quand je leur ait dit que j'étais restée deux ans, ils étaient très étonnés. La leur avait duré six mois et ils en étaient sortis très mals, avec un procès et beaucoup de difficultés financières. » (Solange)

Quant à la précarité, elle s'exprime en premier lieu dans le peu de ressources mobilisées ou mobilisables pour répondre à un afflux croissant de demandes. Ainsi en matière de consultation individuelle dans un contexte associatif :

« On pouvait pas en vivre, mais on aurait pu augmenter... Mais pour payer deux professionnels de ce niveau-là, il aurait fallu demander je sais pas combien d'argent. Donc on a eu quelques petites subventions, mais jamais de subventions pérennes, jamais de subventions de fonctionnement. » (Michèle)

Malgré le très important volume de sollicitations, la situation de l'emploi dans l'association de Marie est aussi illustrative de la précarité de certains professionnels de l'écoute :

« Par exemple pour 2004, on a aucun financement encore. Bon, le dossier est déposé mais... Voilà. Donc autrement dit les gens qui sont... qui ont travaillé à l'intérieur de la consultation, ils avaient des petits contrats ... précaires... Donc il y a quand même pas mal de turn-over quoi. »

VIII- CONCLUSION : PROPOSITION POUR UN PROGRAMME D'ETUDE THEORICO-PRATIQUE DE LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL

A partir des témoignages recueillis de pratiques d'intervention et de consultation en situation de souffrances professionnelles, ainsi que par l'examen critique de la littérature spécialisée, que pouvons-nous énoncer en conclusion qui aurait valeur programmatique ?

Dans une perspective de poursuite de la réflexion et de l'action sur les situations d'atteintes à la santé mentale au travail, nous proposerons à titre d'hypothèse de travail de retenir deux dimensions qui nous sont apparues importantes⁶⁶.

La première dimension concerne une lecture transverse des problématiques rencontrées et exprimées, le plus souvent implicitement, par ceux qui à un titre où l'autre sont psychologiquement atteints dans leur rapport au travail.

La seconde dimension réfère, parmi les diverses pratiques observables en santé mentale au travail, à un choix de posture unifiée, valant autant pour la consultation que pour l'intervention.

VIII.1- Une problématique de l'empêchement de penser

« L'injonction paradoxale /.../ est assortie d'une série de contraintes annexes qui interdisent au sujet de sortir de la situation paradoxale. Il pourrait en effet en sortir en exerçant son intelligence, en critiquant l'illogisme, la contradiction interne de ce qu'on lui demande : mais toute critique lui est dénoncée comme répréhensible ; chercher à prendre conscience lui est représenté comme une activité coupable. Il pourrait encore en sortir en extériorisant la surcharge agressive qui se produit inévitablement chez quiconque est mis de force dans une situation paradoxale et en tranchant par une réaction violente le nœud gordien : mais toute expression de ressentiment est condamnée comme un acte d'ingratitude, comme une conduite honteuse, comme une grave désobéissance aux règles du jeu établies par celui qui est en position de force. Si, enfin, il se replie sur lui-même, s'il se réfugie dans la passivité, on lui fait grief de son égoïsme, de son indifférence ; s'il n'utilise ni son intelligence ni son agressivité, on lui reproche sa sottise et sa mollesse. Une situation paradoxale est telle qu'il est interdit de ne pas y réagir, et impossible de ne pas y réagir d'une façon autre que paradoxale : ce qui est alors reproché au sujet pour le discréditer toujours plus. » (Anzieu, 1975, p. 297)

Cette citation d'un psychanalyste sur l'injonction paradoxale et ses méfaits lorsqu'elle se répète et donc s'installe dans une durée, illustre l'impasse dans laquelle l'individu, éventuellement un collectif, s'enferme, ou est enfermé⁶⁷. Aguerre *et alii* (2004) notent, par exemple, à quel point la paradoxalité - ils évoquent celle de la distance entre l'investissement des personnes « mis en valeur par les discours de toutes les directions » et la maltraitance dont peuvent être victimes ces mêmes personnes - « participe au caractère incompréhensible de la situation pour les victimes ».

⁶⁶ Il y aurait aussi matière à approfondir l'articulation, de fait très problématique mais peu étudiée en soi à notre connaissance (seulement dénoncée), entre posture gestionnaire et posture clinique, dans leurs rapports aux vécus professionnels. L'ergonomie peut d'ailleurs tenir un rôle utile, bien que délicat, d'articulation entre ces pôles que tout semble opposer (cf. Favaro, 2005).

⁶⁷ Pour une lecture de niveau organisationnel de cette question, cf. Vargas & Chandezon (1986). Indiquons qu'Anzieu est un psychanalyste notoirement connu pour ses travaux consacrés aux phénomènes collectifs (l'ouvrage d'où est tirée la citation s'intitule « le groupe et l'inconscient »).

C'est cette réalité vécue, certes sous des formes très diverses selon les individus et les situations⁶⁸, que nous qualifions, lorsque éprouvé dans le contexte professionnel qui nous intéresse ici « empêchement de penser ». Nous nous référons notamment à Monroy (2000), auteur qui montre de façon éclairante les facteurs de développement autant que les conséquences parfois dramatiques de cette dynamique délétère d'enfermement du sujet sur lui-même.

En somme, dans cette acception du symptôme - plus précisément symptôme pour le sujet souffrant autant que dynamique pathogène/perversive pour l'organisation – une finalité de la pratique pourrait être définie comme celle d'une remise en route de la capacité de pensée du sujet ou de l'organisation⁶⁹, selon les situations. Remise en route qui, le cas échéant, induit la réactivation d'une capacité d'agir, sortant ainsi – d'une façon certes plus ou moins heureuse - le sujet de son état de paralysie anxieuse et handicapante.

Bien entendu, poursuivre dans cette voie serait déjà esquisser un programme de recherche dédié spécifiquement aux problématiques cliniques autant qu'organisationnelles de la souffrance au travail. Ce programme s'établirait dans un cadre méthodologique articulant la question du sujet (individu, collectif) en souffrance, ou exposé à divers risques psychosociaux, et du contexte professionnel/organisationnel producteur ou inducteur de tels troubles⁷⁰.

VIII.2- Une posture interactionniste pour le praticien

La seconde dimension - de posture pratique pour le praticien - que nous retiendrons est complémentaire du thème qui précède. Nous la qualifions d'interactionniste en ce qu'elle refuse tout clivage radical entre individu et organisation, clivage largement artificiel nous semble-t-il pour le praticien et ceci indépendamment de ses appartenances théoriques. Un auteur comme Torrente (2004) rend, par exemple, bien compte dans sa pratique et sa réflexion, des impasses où peuvent conduire la focalisation sur un pôle ou l'autre.

Impasses techniques et donc d'efficacité à terme, auxquelles il conviendrait d'ajouter risques de dérives idéologiques, opposant dans une rivalité sans issue modèle individuel/libéral (gérer le stress) contre modèle victimologique (changer l'organisation).

L'interactionnisme pose comme prémisse l'intrication forte, dans la demande individuelle et/ou collective exprimée, entre registre organisationnel (cultures, modes de fonctionnements) et registre individuel (personnalité, rapport au travail). L'un comme l'autre participent à l'évidence des difficultés rencontrées, mais bien entendu dans des combinaisons toujours singulières dans les faits.

⁶⁸ Quant aux modes comportementaux d'expression, ils peuvent aller de formes élaborées de verbalisations, souvent à tonalité rationalisante, jusqu'à des replis silencieux et lourds de sens.

⁶⁹ « Organisation » pris ici au sens des individus qui la composent et non au sens d'une structure impersonnelle. Cette dernière n'est en effet guère en mesure de « penser », notamment au sens clinique (plutôt que cognitif) de capacité de mobiliser des émotions.

⁷⁰ « La souffrance immobilise la pensée » (Dessors, 2003). Toutefois conviendrait-il de préciser dans ce contexte ce que nous entendons par « pensée », tant le terme prend des formes polysémiques et bien souvent galvaudées. Le concept de pensée auquel nous nous référons, sans prétendre toutefois s'y limiter, vient pour l'essentiel de la psychanalyse, notamment des premières formulations freudiennes relatives à la nature de l'appareil psychique (Freud, 1926) et des développements ultérieurs de Bion, auteur d'une théorie psychanalytique faisant référence sur la pensée, ses origines, ses modalités de fonctionnement, ses désordres (Bion, 1979a, 1979b, 1982, 1983).

Par conséquent individus et organisations participent aussi du cheminement vers les solutions, solutions qu'ils inventent au fil des actions menées, aidés au besoin par un professionnel.

Dans cette éventualité, il s'agit pour l'intervenant et en lien avec la dimension symptomatique d'empêchement de pensée évoquée précédemment, de maintenir constamment cette lecture dans les termes d'une interaction individu-travail-organisation, et ceci qu'il se trouve en situation d'écoute ou d'intervention.

Ici encore, une perspective de recherche pourrait être développée, qui privilégierait la caractérisation des formes concrètes de cette position et de ses effets.

Toujours avec la préoccupation introductive de cette étude de privilégier l'approche théorico-pratique de ces questions de santé mentale au travail, une avancée vers la consolidation d'une telle posture interactionniste ne serait-elle pas à rechercher dans les moyens d'un meilleur rapprochement entre les apports d'une psychologie clinique référée à la psychanalyse⁷¹ et ceux de la psychologie systémique telle qu'élaborée par l'école de Palo Alto ?

Autrement dit relier au travers de ces deux apports disciplinaires majeurs des sciences humaines, le fait symptomatique/psychique et le fait social/communicationnel, au bénéfice d'un interactionnisme affirmé d'intervention-consultation. Cosnier (1988) montrait déjà l'intérêt de rapprocher (plutôt qu'opposer) les enseignements de Freud (fondateur de la psychanalyse) et de Bateson (inspirateur de la systémique).

Une telle démarche, soucieuse d'efficacité autant que de réalisme, ancrée dans les cultures complémentaires de la prévention des risques et des désordres psychologiques, mériterait pensons-nous d'être développée et soutenue, notamment au sein d'institutions responsables du bien-être des personnes en milieux professionnels.

⁷¹ Concernant la psychanalyse, notre position est qu'en-deça des polémiques récurrentes quant à son statut (science ou non ? efficacité ?) l'apport *a minima* incontournable de cette discipline est la qualité d'écoute et de respect de la personne dans sa singularité qu'elle a imposé de fait dans le champ de la clinique (Pour un exposé didactique de l'épistémologie psychanalytique, cf. Bertrand, 2004).

REFERENCES

AESST (Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail) – Prévention des risques psychosociaux et du stress au travail en pratique, Office des publications officielles des Communautés Européennes, Luxembourg, 2003

Aguerre J.C., Clancy S., Michel A., Pascual M. – Salariés en détresse : quelles réponses ? Une expérience pluridisciplinaire, *Travail et Emploi*, 97, 2004, pp. 65-77

Anzieu D. - le groupe et l'inconscient, Paris, Dunod, 1975

Aries P. – Harcèlement moral ou nouveau management, Villeurbanne, Golias, 2002

Aubert N., de Gaulejac V. – Le coût de l'excellence, Paris, Seuil, 1991

Banyasz L. – Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 1- Modèles conceptuels du stress en psychologie : apports et limites, INRS, *Notes Scientifiques et Techniques*, 173, 1998

Bernoux, P. - La sociologie des organisations, Paris, Seuil, 1985

Bertrand M. – Trois défis pour la psychanalyse, Paris, Dunod, 2004

Billiard I. - Santé mentale et travail : l'émergence de la psychopathologie du travail, Paris, La Dispute, 2001

- Les conditions historiques et sociales d'apparition de la psychopathologie du travail en France (1920-1952). In Clot Y. (dir.) - Les histoires de la psychologie du travail : approche pluridisciplinaire, Toulouse, Octares, 2002, pp. 113-127

Bion W.R. - Aux sources de l'expérience, Paris, PUF, 1979a

- Eléments de la psychanalyse, Paris, PUF, 1979b

- Transformations, Paris, PUF, 1982

- Réflexion faite, Paris, PUF, 1983

Bioy A., Maquet A. - Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications, Paris, Dunod, 2003

Bonarelli P. – La réflexion est-elle rentable ? De la décision en univers turbulent, Paris, L'Harmattan, 1994

Bouffartigue P. (dir) – Cadres : la grande rupture, Paris, La Découverte, 2001

Bréard R., Pastor P. – Harcèlements : les réponses, Paris, Liaisons, 2002

Bressol E. (rapporteuse) – Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Conseil Economique et Social, 2004 (http://www.unsa.org/ces/2004_04_06.html)

Brun J.P. (dir.) – La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval, 2003

Callon M., Lascoumes P., Barthe Y. – Agir dans un monde incertain, Paris, Seuil, 2001

- Chateaufreynaud F., Torny D. – Les sombres précurseurs, une sociologie pragmatique de l’alerte et du risque, Paris, EHESS, 1999
- Chouvier B., Roussillon R. (dir) – La réalité psychique : psychanalyse, réel et trauma, Paris, Dunod, 2004
- Clot Y. - la fonction psychologique du travail, Paris, PUF, 1999
- Travail et sens du travail. In Falzon P. (dir.) - Ergonomie, Paris, PUF, 2004, pp. 317-331
- Cosnier J. – De Freud à Bateson. In Winkin Y. (dir.) – Bateson : premier état d’un héritage, Paris, Seuil, 1988, pp. 252-263
- Courcy F., Savoie E., Brunet L. (dirs) – Violences au travail : diagnostic et prévention, Presse de l’Université de Montréal, 2004
- Crozier M., Friedberg E. – L’acteur et le système, Paris, seuil, 1977
- Damon J. – Travail et vie privée : une question à repenser, *Sociétal*, 36, 2002, pp. 110-113
- Dauberville B., Gilbert P., Pigeyre F. – Les sciences humaines dans l’entreprise, Paris, ECONOMICA, 1996
- Davezies P. – Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé, *Sécurité et Médecine du Travail*, 127, 2000, pp. 4-18
- Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social, *Performances*, 1, 2001, pp. 4-7
- L’enfermement du harcèlement moral, *Santé et Travail* (dossier « quand le travail perd la tête »), 44, 2003, pp. 44-46
- Dejours C. - Travail : usure mentale , Paris, Centurion, 1980
- Souffrance en France, Paris, seuil, 1998
- L’évaluation du travail à l’épreuve du réel : critique des fondements de l’évaluation, Paris, INRA, 2003
- Dessors D. – Ecouter la souffrance, c’est déjà agir, *Santé et Travail* (dossier « quand le travail perd la tête »), 44, 2003, pp. 34-35
- Devereux G. – De l’angoisse à la méthode dans les sciences du comportement, Paris, Flammarion, 1980
- De Vries K., Miller D. – L’entreprise névrosée, Paris, Mc Graw-Hill, 1985
- Dubost J.- L’intervention psychosociologique, Paris, PUF, 1987
- Dupuy F. – La fatigue des élites : le capitalisme et ses cadres, Paris, Seuil, 2005
- Durieux A., Jourdain S. – L’entreprise barbare, Paris, Albin Michel, 1999
- Enriquez E. – L’organisation en analyse, Paris, PUF, 1992

Eurostat – Les entreprises en Europe, sixième rapport, chiffres clés pour 1996, Luxembourg, Commission Européenne, 2001

Fassin D. - Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute, Paris, La Découverte, 2004

Faulx D. – Diagnostiquer le harcèlement moral au travail : proposition de modèle différentiel, document interne du Service de Psychologie Sociale des Groupes et des Organisations, Université de Liège, 2003

Favaro M. – Les métaphores du corps dans la machine : approche clinique de la relation homme-machine. Thèse psychologie 'nouveau régime', université Lumière Lyon 2 (dir. J. Guillaumin), 1986

- La sécurité en entreprise : l'apport des sciences humaines, *Performances*, 40, 41, 44, 45, 1989-90, pp. 22-27, 2-10, 3-11, 2-14

- La prise en charge de la sécurité dans les PME - Quelques réflexions préalables à la conception d'actions de prévention, INRS, *Cahiers de Notes Documentaires*, 174, 1999, pp. 37-46

- Evaluer les risques professionnels : aperçu de la complexité des problèmes pour le préventeur, *Préventique*, 56, 2001, pp. 40-45

- Une typologie de modèles d'actions de prévention à destination des petites entreprises, INRS, *Cahiers de Notes Documentaires*, 194, 2004a, pp. 15-21

- Interventions thérapeutiques et consultance en entreprise : réflexions sur la contribution de l'analyse stratégique et systémique à l'action en santé-sécurité au travail, INRS, *Cahiers de Notes Documentaires*, 195, 2004b, pp. 95-99

- Evaluar los "factores de riesgo ergonómicos", Ponencia para la semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo, Buenos Aires, abril de 2005 (version française disponible sur demande à l'auteur).

Foucher J.L. - Ressources inhumaines, Paris, Bourin, 2005

Freud S. - L'interprétation des rêves, Paris, PUF, 1980 (1^{ère} ed. française, 1926)

Gaulejac V. (de) – La société malade de la gestion, Paris, Seuil, 2005

Gbézo B.E. – Agressivité et violences au travail : comment y faire face, Paris, ESF, 2000

Gélinier O. - La réflexion est-elle rentable ? De la décision en univers turbulent (recension de l'ouvrage de Bonarelli, 1994, *Futuribles*, 1994, pp.63-70

Goffman E. – La mise en scène de la vie quotidienne, Paris, Minuit, 1973 (2 vol)

Greenwoods M., Woods H.M. – A report on the incidence of industrial accidents upon individuals with special reference to multiple accidents (1^{ère} ed, 1919). In Haddon W., Suchman E.A., Klein D. - Accident Research, New-York, Harper & Row, 1964.

Grosjean V. – Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? INRS, *Cahiers de Notes Documentaires*, 198, 2005, pp. 29-40

Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A. – Comprendre le travail pour le transformer, Lyon, ANACT, 2001

Harvard Business Review - On Work and Life Balance, Boston, Harvard Business School Press, 2000

Hill J.M., Trist E. - A consideration of industrial accidents as a mean of withdrawal from the work situation. A study of their relations to the absences in iron and steel work, *Human Relations*, 6, 4, 1953

Hirigoyen M.F. – Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien, Paris, la Découverte, 1998

– Le harcèlement moral dans la vie professionnelle, Paris, la Découverte, 2001

Lapeyrière S. – Le harcèlement moral. Une affaire collective et culturelle, *Travail et Emploi*, 97, 2004, pp. 29-43

– Harcèlement moral, nouvel objet, sidération ou discernement ? In Hubault F. (dir.) – Activité, Travail, Ressources humaines : parle-t-on de la même chose ? Paris, Octarès, 2005, pp. 35-45

Lapeyrière S., Cru D., Sandret N. – Le harcèlement moral est-il hors norme ? In Rey P., Ollagnier E., Gonik V., Ramaciotti D. (coord.) – Ergonomie et normalisation (XXXIXe congrès de la SELF), Toulouse, Octarès, 2004, pp. 181-188.

Légeron P. - Le stress au travail, Paris, Odile Jacob, 2003

Le Goff J.P. – La barbarie douce : la modernisation aveugle des entreprises et de l'école, Paris, La découverte, 2003a

- Que veut dire le harcèlement moral ? : I- Genèse d'un syndrome, *Le Débat*, 13, 2003b, pp. 141-161

- Que veut dire le harcèlement moral ? : II- Vers un nouvel imaginaire des rapports sociaux, *Le Débat*, 14, 2003c, pp. 99-116

Lewin K. – Psychologie dynamique, Paris, PUF, 1959

Leymann H. – La persécution au travail, Paris, seuil, 1996

Lhuillier D. – Placardisés ! des exclus dans l'entreprise, Paris, Seuil, 2002

Loubet-Deveaux A., Bardot F. – Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail, *Travailler*, 10, 2003, pp.13-38

Maggi B. - De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage, Toulouse, Octarès, 2003.

Malchaire J. - Stratégie générale de gestion des risques professionnels, INRS, *Cahiers de Notes Documentaires*, 186, 2002, pp. 39-49

Monroy M. – La violence de l'excellence, Revigny/Ornain, Hommes et Perspectives, 2000

Montero E. – Le concept de harcèlement moral dans le code pénal et le code du travail, *Revue de Sciences Criminelles*, 2003, pp. 277-285

- Moscovici S. – Psychologie des minorités actives, Paris, PUF, 1979
- Mouze-Amady M., Neboit M. – Stress au travail : diagnostic, évaluation, gestion et prévention : bilan de la thématique 1998-2002, INRS, *Notes Scientifiques et Techniques*, 235, 2003
- Nardone G., Mariotti R., Milanese R. – La terapia dell'azienda malata : problem solving strategico per organizzazioni, Milan, Ponte alle Grazie, 1999
- Novara F. – L'organisation est-elle guérissable ? *Travail et Emploi*, 97, 2004, pp. 7-27
- Pages M., Bonetti M., de Gaulejac V., Descendre D. – L'emprise de l'organisation, Paris, PUF, 1979
- Palazzoli M. S., Anolli L., Di Blasio M., Giossi L., Pisano I., Ricci C., Sacchi M., Ugazio V. – Dans les coulisses de l'organisation, Paris, ESF, 1984
- Poilpot-Rocaboy G. – Le processus du harcèlement professionnel, *Revue Française de Gestion*, 127, 2000, pp. 31-51
- Reason J. - L'erreur humaine, Paris, PUF, 1993
- Romelaer P. – James March, *Revue Française de Gestion*, 98, 1994, pp. 48-60
- Roustang F. – La fin de la plainte, Paris, Odile Jacob, 2001
- Schön D.A. – Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, Montréal, logiques, 1994
- Searle J.R. – The Construction of Social Reality, New-York, The Free Press, 1995
- Sivadon P., Amiel R. – Psychopathologie du travail, Paris, Les Editions Sociales françaises, 1969
- Soares A - Quand le travail devient indécent : le harcèlement psychologique au travail, photocopié, université du Québec à Montréal, 2002
- Torrente J. – Le psychiatre et le travailleur : cheminement de la psychopathologie du travail d'hier à aujourd'hui, RUEIL-MALMAISON, Doin, 2004
- Truchot D. – Epuisement professionnel et burnout : Concepts, modèles, interventions, Paris, Dunod, 2004
- Van de Weerdt C. – Apports de la psychologie des émotions à la compréhension du stress au travail. In Neboit M. & Vézina M. (dir.) – Stress au travail et santé psychique, Paris, Octarès, 2002, pp. 79-98
- Vargas G., Chandezon G. – Le paradoxe de l'organisation et l'organisation du paradoxe, *Revue Française de Gestion*, 60, 1986, pp. 113-124
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson Don D. – Une logique de la communication, Paris, Seuil, 1972
- Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. – Changements, paradoxes et psychothérapie, Paris, Seuil, 1975
- Wittezaele J.J. – L'Homme relationnel, Paris, Seuil, 2003

COLLECTION DES NOTES SCIENTIFIQUES & TECHNIQUES

Les notes scientifiques et techniques présentent des travaux de synthèse élaborés par des experts en hygiène et sécurité du travail, en particulier de l'INRS : résultats d'études, comptes rendus de séminaires et de colloques, etc.

Sur la base de ces documents peuvent être réalisées des publications plus concises dans des revues scientifiques et/ou de prévention.



Institut national de recherche et de sécurité
pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
Siège social : 30, rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14 • Tél. 01 40 44 30 00
Fax 01 40 44 30 99 • Internet : www.inrs.fr • e-mail : info@inrs.fr
Centre de Lorraine : avenue de Bourgogne BP 27 54501 Vandœuvre cedex
Tél. 03 83 50 20 00 • Fax 03 83 50 20 97