Travail et santé

Du même auteur :

Yves Clot

Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, 2010.

Travail et pouvoir d'agir, PUF, 2008.

La fonction psychologique du travail, PUF, 1999.

Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie, La Découverte, 1998 (rééd. 2008).

Dominique Lhuilier

Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse (avec T. Niyongabo, D. Rolland), L'Harmattan, 2005.

Placardisés. Des exclus dans l'entreprise, Le Seuil, 2002.

Le choc carcéral. Survivre en prison (avec A. Lemiszewska), Bayard, 2001.

Des déchets et des hommes (avec Yann Cochin), Desclée de Brouwer, 1999.

L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison (avec N. Aymard), Desclée de Brouwer, 1997.

Les policiers au quotidien, L'Harmattan, 1987 (rééd. 2002).

Sous la direction de
Yves Clot
Dominique Lhuilier

Travail et santé

Ouvertures cliniques

Clinique du travail

érès éditions

Cet ouvrage a été élaboré à la suite du colloque sur la clinique du travail organisé par la chaire de psychologie du travail du CNAM en 2008.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3283-6
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation…) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION
Yves Clot, Dominique Lhuilier 7

I. Subjectivité, activité et travail

1. Critique de la clinique, clinique de la critique
Guillaume Le Blanc 15
2. La névrose de marchandisation
Bernard Doray 25
3. Travail des diplomates et contrôle des émotions
Marc Loriol 37
4. Affairement et consistance existentielle.
Les visées d'une clinique du travail
Thomas Périlleux 51
5. Subjectivité limitée, travail et résonance psychique
Gilles Amado 65
6. Subjectivité et travail. Soi, l'activité, les autres,
dans la parole des personnes en situation précaire
Daniel Faïta 79
7. Servitude volontaire ou désubjectivation ?
Éric Hamraoui 101
8. Subjectivité collective et travail
Danièle Linhart 115

II. Travail et santé

9. La clinique du travail entre vulnérabilité et domination
Christophe Dejours 127
10. Quelle clinique en médecine du travail ?
Gabriel Fernandez 145
11. Lorsque la santé mentale s'enrichit de la confrontation à la clinique du travail
Joseph Torrente 157
12. Santé mentale au travail : répondre à des besoins humains fondamentaux
Michel Vézina 169
13. Quantifier sans broyer ? Les statistiques en santé au travail à la rencontre des analyses cliniques
Serge Volkoff, Anne-Françoise Molinié 175
14. Femmes, travail précaire et santé
Ginette Francequin 189
15. Création d'un réseau de consultation « Souffrance et travail » : riposte collective aux pathologies de la solitude
Marie Pezé 211
16. Transformations, temps, travail : l'œuvre souterraine des conductrices de bus
Livia Scheller 221

BIBLIOGRAPHIE 233

PRÉSENTATION DES AUTEURS 251

Introduction

Yves Clot, Dominique Lhuilier

La clinique du travail n'est pas une école, n'est pas une théorie, n'est pas un programme. La collection d'ouvrages que notre éditeur, érès, a décidé d'associer à cette démarche le montre : c'est une histoire à construire ensemble même si elle n'est pas sans racine. Sans doute, sans la psychodynamique du travail ou la clinique de l'activité et plus loin encore sans la psychopathologie du travail ou l'ergonomie francophone, cette histoire n'aurait pas été possible. Mais elle est ouverte. La psychologie sociale clinique peut la nourrir aussi, comme la clinique médicale du travail. Personne n'a le monopole d'une histoire où la sociologie a ses entrées légitimes, la philosophie sa matière possible, et dont les professionnels de l'intervention sont la force de rappel pratique.

Cette histoire n'appartient donc à personne. De plus, la réalité concrète des épreuves du travail contemporain ne porte guère à cultiver les exclusives. Il faut comprendre le sort qui est fait au travail humain, objet de tant de convoitise et de tant d'ignorance, courtisé et dénié à la fois, objet de tant de discours convenus, de déplorations rituelles ou d'éloges suspects ; de tant de passions finalement, même les plus tristes. Nous nous étions réunis pour comprendre et nous n'étions pas trop dans notre diversité disciplinaire et professionnelle pour le faire. Nous avons cherché à prendre soin du travail et d'abord du nôtre.

En effet, si cette histoire n'appartient à personne, nous en sommes tous comptables. Car elle doit d'abord servir à agir. Elle doit être utile pour transformer les situations. Cette histoire commune que nous cherchons à construire est donc aussi un instrument de travail à entretenir. Il doit garder son tranchant. Pour rester vivante, cette histoire – notre histoire en cours – doit donc être soignée. C'est ce que nous sommes aussi venus faire pendant ces deux jours : discuter entre nous de nos manières de faire, de penser et de sentir, discuter « métier ». Respecter les différences n'est pas si simple, sinon à faire de cette expression coutumière un discours rebattu. Pour nous, respecter les différences, c'est apprendre à s'en servir pour éviter de « tricher » avec le réel, avec ce que nous avons du mal à réaliser, à comprendre, à transformer.

Cet exercice professionnel est difficile mais pas insurmontable : il consiste à pousser l'inventaire de nos fragilités sans esprit de croisade mais sans craindre la controverse entre « connaisseurs ». Rien n'est pire que des différences indifférentes les unes aux autres. Pour ce colloque, nous avions prévu du temps pour pouvoir pousser le dialogue professionnel et scientifique dans ses retranchements. Il a réellement commencé. Mais cette publication cherche à le poursuivre, à l'instruire à nouveau. Et l'on peut penser que c'est vital pour cette clinique du travail naissante. Répondre aux convocations du réel reste sans doute ce qu'il y a de plus humain en l'homme, au sens générique. C'est particulièrement vrai pour une communauté professionnelle car c'est ce qui l'oblige à faire le tour de ses possibilités et de leurs limites, à dépasser, pour ainsi dire, ses naïvetés et ses illusions. C'est vrai pour nous aussi. Et la « dispute professionnelle » est sans doute la moins mauvaise des réponses face à ce qui nous échappe dans le champ même de la clinique du travail.

Dans notre domaine aussi, le bunker du dogmatisme fait bon ménage avec les fortins faussement confortables du repliement

sur les petits groupes. Ils sont moins ennemis que jumeaux. Ils refoulent ensemble le dialogue authentique en le rendant soit impossible, soit inutile. Soit parce que la vérité est toujours déjà dite, soit parce que chacun a la sienne. Le dogmatisme est certes un triste monologue. Mais le culte de la différence multiplie souvent les monologues à l'infini jusqu'à ce qu'ils se dégradent en soliloques. C'est pourquoi, au-delà du déjà-dit, au-delà de l'inventaire, nous avons voulu créer une obligation : le débat d'école au-delà des écoles, le débat de chacun avec lui-même pour se mesurer avec le réel [1].

Nous remercions ici tous ceux qui ont accepté de participer à cette aventure, tous ceux qui ont contribué à l'intensité et à la qualité des travaux durant ces deux jours de mai 2008.

Dans le prolongement de cet exercice, nous avons voulu construire les traces de cet événement dans l'histoire en cours afin que les dialogues engagés puissent se poursuivre. Elles s'organisent ici en deux ouvrages, privilégiant chacun une problématique centrale en clinique du travail.

L'un, celui-ci, reprend le problème de la signification des liaisons entre subjectivité, santé et travail. L'autre s'attache aux transformations du travail et explore les moyens d'action en clinique du travail en les confrontant aux ressources et aux limites du savoir.

Cette clinique est vectorisée par la subjectivité, par ses développements ou ses empêchements, entre subjectivation et aliénation. Mais de quelle subjectivité parlons-nous ? Quelle fonction a le travail dans cette dialectique ? Et quel sens donnons-nous à ce dernier, suivant que nous privilégions ici l'analyse de l'activité, des relations sociales, des situations et des

1. Nous avions déjà, dans le numéro 1 de la *Nouvelle Revue de psychosociologie* paru en mai 2006, tenté un premier inventaire des perspectives en clinique du travail.

milieux de travail, voire de l'hypermodernité et des transformations du rapport au travail ?

La subjectivité est-elle synonyme de vie subjective, de subjectivation ? S'agit-il à proprement parler d'un concept, ou bien la référence implicite au « sujet » est-elle une métaphore couvrant plusieurs concepts, puisant dans plusieurs champs disciplinaires ? Ce sujet est-il entendu comme agent ou comme objet de l'acte, celui qui nous relie aux autres, à un monde commun ? Pas de sujet sans intersubjectivité certes, mais cette dernière ne se réduit pas au registre de l'interpersonnel, au rapport entre deux ou plusieurs individus. Pas plus qu'il n'y a de subjectivation sans activité de symbolisation ; ce qui suppose l'inscription mais aussi la contribution à un espace transsubjectif qui dépasse l'activité de chacun.

Il s'agit ici non pas d'inventorier des controverses seulement théoriques, versant dans la métaphysique ou la métapsychologie, mais bien de se saisir de la question des processus de subjectivation/désubjectivation en acte et dans l'acte pour éclairer les enjeux du travail et leurs voies de transformation.

À ce point, on rencontre nécessairement la question de la santé. Non pas seulement parce que la problématique subjectivité-travail est de plus en plus massivement réduite à celle de la souffrance et de la pathologie au travail, et ce dans une perspective appauvrie qui occulte la dialectique du vivant. Mais aussi parce que l'activité et la santé sont des sources et des ressources réciproques. Le double étayage de la vie psychique sur le corps et le psychosomatique, comme sur le lien social et la culture, peut être exploré à travers ses voies de développement comme ses impasses, butées, enkystements, régressions.

Cette clinique, la clinique du travail, s'est affranchie de ses origines médicales. Reste que la référence au soin imprègne nombre de nos pratiques. Et la demande sociale en la matière est en expansion : soigner les « blessés » du travail, réparer les

« déficiences », accompagner les « vulnérables », écouter les plaintes, faire disparaître les symptômes… au risque toujours d'une individualisation de questions sociales, d'une externalisation à des prestataires de service tenus à la porte de l'organisation, d'une contribution à des processus de normalisation et donc aussi de relégation, voire d'exclusion. Sur cet axe santé/travail, ici encore les questions à instruire sont nombreuses. Quelles conceptions de la santé orientent nos pratiques ? Comment approfondir cette double perspective qui tient en tension la clinique du travail – sans doute en raison de l'héritage commun de la psychopathologie du travail –, celle du travail pathogène et du travail comme opérateur de santé ? Comment, au-delà de ces analyses, de ces diagnostics même, concevoir l'action autour de cette problématique ? Quels dispositifs ? Quels instruments ?

Cette perspective nous conduit, par-delà les diverses formes d'accompagnement individuel qu'il nous faut aussi regarder en face et discuter, sur la voie de la transformation du travail et sur celle des connaissances dont nous avons besoin pour le faire le moins mal possible. C'est la voie qui est suivie dans le deuxième ouvrage de cette livraison : *Agir en clinique du travail*.

I
Subjectivité, activité et travail

Critique de la clinique, clinique de la critique

Guillaume Le Blanc

Les conditions de la clinique

Deux questions semblent essentielles. Quelle forme peut avoir la clinique aujourd'hui ? Représente-t-elle un idéal démocratique ? Que la clinique prenne soin des vies malmenées semble, en effet, intimement lié à la possibilité qu'a la démocratie de prendre soin de la clinique. Il faut donc d'emblée refuser toute compréhension exclusivement technique de la clinique pour l'envisager selon son extension maximale. Cette extension repose sur quatre conditions :

1. La clinique est une clinique des vies vulnérabilisées. Elle prend soin des individus dont les conditions de vie sont à ce point malmenées qu'elles nécessitent un tiers actif, lequel ne peut cependant purement et simplement faire intrusion dans la vie vulnérabilisée mais doit se révéler comme une présence d'accompagnement, comme une condition de déverrouillage des propriétés sociales et des signifiants malmenés par la fragilisation sociale et vitale d'une vie, sans lesquels la vie risque de s'effondrer. La vulnérabilité peut être vitale, sociale, elle prend des formes distinctes qui se relient cependant par le surgissement

d'une certaine qualité de prendre soin à l'intérieur du soin médical ou du dispositif social institué par la clinique. La clinique ne se réduit donc pas à la médecine, elle ne se réduit pas davantage au travail social : elle vaut plutôt comme la construction d'un dispositif relationnel à l'intérieur des différentes scènes de la vulnérabilité. Ce dispositif relationnel démultiplie les adresses et crée les conditions non injurieuses d'une interpellation. D'un côté, le désir de changer la scène de souffrance qui fait chuter une vie est relié à une « fantastique demande relationnelle » (Butler, 2009, p. 15) qui prend la forme d'une adresse (à un clinicien). De l'autre côté, le désir de ne pas laisser la souffrance détruire une vie est relié à des possibilités institutionnelles de prendre soin de la vie vulnérabilisée, et fonctionne comme un site actif de transformation des souffrances.

2. La clinique est donc plus qu'une relation de soin entre un sujet qui prend soin de et un sujet qui dépose sa souffrance et l'adresse (la confie ?) à un autre, elle implique une institution de soin sans laquelle elle ne peut véritablement se déployer comme clinique. Les institutions de soin préservent la possibilité de la clinique comme geste autonome. Elles seules l'empêchent de se métamorphoser, sous des pressions sociales, multiples, en orthopédie sociale déguisée, en instance de réadaptation des sujets malmenés par les normes sociales. Elles maintiennent, à propos de la clinique sociale, par-delà le « curatif », la dimension irréductible du « prendre-soin » lié à l'accompagnement de celles et ceux qui sont vulnérabilisés, en difficulté, se situent dans la carrière négative de l'exclusion. Le soin, entendu en ce sens, vaut alors comme une réponse à la détresse sociale engendrée par les formes particulières de travail, par certaines modalités du travail (stress, harcèlement, précarité) ou par l'absence de travail. La « fonction psychologique du travail » qui crée les conditions de possibilité d'une vie à soi dans le monde des autres fait alors l'objet de la clinique, laquelle ne peut donc

être, en même temps qu'elle est une clinique des vies vulnérabilisées, qu'une clinique des situations de travail, des conditions sociales de l'activité (incluant ce type paradoxal d'activité qu'est l'inactivité imposée).

3. La clinique doit donc se penser aussi comme une clinique des activités de travail. Elle ne peut y parvenir que si elle se pense comme une forme critique et pas uniquement comme une forme thérapeutique dans la mesure où la critique porte sur les conditions sociales de la vulnérabilité et non pas seulement sur les symptômes vitaux et sociaux de cette vulnérabilité. L'accent est alors mis sur la chaîne de la vie sociale impliquant tous les anneaux qui, du travail au travail précarisé, à l'absence de travail, révèlent combien la vie est toujours une vie hors de soi, qui ne peut se développer que sous la condition de trouver des supports sociaux favorables à son déploiement. L'indépendance des vies présuppose la dépendance à l'égard de schèmes sociaux actifs dont les conditions de distribution doivent elles-mêmes être interrogées, sous la forme de leur juste répartition ou, au contraire, de la misère de cette répartition (Frazer, 2005).

4. La capacité clinique est alors intimement reliée à la qualité démocratique. Prendre soin de cette capacité en prenant soin des institutions qui l'incarnent, c'est attacher de l'importance à la vie de n'importe qui, et par suite, c'est souligner que la démocratie est bien la voix de n'importe qui. Inversement, la fragilisation de cette capacité clinique indique que la démocratie est toujours à venir, qu'elle n'est pas encore totalement instituée puisqu'elle ne parvient pas à accorder une égale importance aux vies ordinaires. N'importe qui n'est pas nécessairement l'objet d'une attention, et des vies sont ainsi rendues progressivement invisibles, elles en viennent à ne plus compter, ne plus trouver d'inscription dans un espace national. Elles sont alors sorties du jeu commun. À leur marginalisation sociale engendrée par un

stigmate social actif répond une invisibilisation progressive en rapport avec le défaut d'attention qui leur est porté. L'absence de soin n'équivaut donc pas seulement à une absence de prise en charge, elle équivaut également à une disqualification par avance de la possibilité qu'a n'importe quelle vie de compter. N'être plus retenu par la clinique, c'est être potentiellement un inexistant, un sujet qui ne compte pas. La démocratie sélectionne alors ses existants et ne peut plus valoir comme attention politique à toutes les vies.

La clinique sous conditions

Contrairement aux apparences qui suggèrent une grande variété et une large diffusion des formes de la clinique (il suffit de songer à la multiplication des cellules d'écoute dans tous les lieux professionnels mais aussi à la célérité avec laquelle se mettent en place des dispositifs psychologiques d'aide aux victimes en tous genres), rien n'est donc moins évident que la clinique. Car elle est un fait normatif à la jonction de situations vécues, de conditions sociales données, de dispositifs institutionnels et de formes démocratiques. La clinique n'existe qu'à la condition d'articuler ces quatre éléments. C'est seulement si elle prend comme objet l'élucidation des souffrances sociales engendrées par les formes actives de vulnérabilisation sociale des vies à l'intérieur d'un dispositif institutionnel soutenu démocratiquement qu'elle peut exister pleinement. La trajectoire clinique vaut non comme un désir de changer le désir des sujets en les adaptant aux symptômes dont ils souffrent ; elle se développe comme un traitement critique de l'emprise des normes sociales sur les sujets malmenés par elles. Comme toute clinique, elle ne peut exister qu'à partir de l'antécédence de la souffrance sur l'évaluation qui en résulte. Cette priorité du pathos sur le logos n'indique pas que le sujet souffrant ait a priori raison contre les

normes sociales qui le malmènent, mais elle révèle qu'en matière de normes sociales, c'est bien du sujet vivant qu'il faut partir, c'est-à-dire de sa capacité à donner sens aux normes. Si le sujet existe à l'intérieur des formes de lisibilité et de visibilité conférées par les normes sociales, il n'en résulte pas qu'il faille accepter comme donnée primordiale la systémique des normes indépendamment des usages subjectifs qui la mettent en mouvement. C'est tout le contraire qui doit être établi. La distinction entre normes et usages subjectifs ne vaut que si l'on admet que les unes pénètrent les sujets mais que ceux-ci peuvent, en droit, les mettre à distance. En réalité, les normes n'apparaissent pas seulement comme des obstacles au développement de notre subjectivité, « elles sont les conditions de notre formation et elle fraient leur chemin "en nous" comme élément de la topographie psychique élaborée du sujet » (Butler, 2009, p. 21). Elles ne sont donc pas réellement extérieures aux vies mais elles les retournent sur elles-mêmes en travaillant à les rendre intelligibles et en construisant partiellement la vie psychique.

Opérer, par la clinique, une critique des normes sociales ne va donc pas de soi. La clinique ne saurait être la restitution du style subjectif libéré de l'emprise des normes, elle n'équivaut pas à la restauration d'une grande santé héroïque donnée dans la miraculeuse expérimentation du hors-normes. C'est que nous sommes non seulement toujours précédés par les normes mais également en permanence portés par des normes qui assurent notre cohésion et notre solidité sociales. Venir à manquer de normes sociales pourrait alors sembler, comme dans l'expérience du chômage ou du travail précaire, une telle malédiction qu'elle supposerait un geste clinique réparateur, réinsérant solidement le sujet dans les normes sociales. Une telle croyance engendrerait pourtant un vrai contresens sur l'acte clinique. Car elle fonctionnerait comme un retour à la normale qui disqualifie toutes les vies qui s'en sont écartées (involontairement ou volon-

tairement) en les qualifiant de vies pathologiques, et valide par là l'idée d'une normalité sociale univoque portée par le fait d'avoir un travail. L'héroïne précaire des frères Dardenne, Rosetta, adresse à elle-même ce vœu de normalité magiquement porté par le fait d'avoir un travail. « Tu as un ami ? j'ai un ami. Tu as un travail ? j'ai un travail. Tu es normale ? je suis normale ». Ce dialogue intérieur qui scelle dans un même destin l'amour et le travail rebondit, *in fine*, sur la normalité. Seulement le sentiment de la normalité n'est pas engendré par n'importe quel type de travail. Rosetta le comprend, elle qui bascule de l'exclusion à la précarité en ayant momentanément un petit boulot. Mais cette précarité la situe encore aux marges de la vie sociale et de la normalité. Surtout, la normalité n'est pas isomorphe au travail. Son défaut s'éprouve dans le travail lui-même tout comme sa présence peut se laisser ressentir pleinement dans l'absence de travail. Plus encore, l'acte discursif qui exhibe la normalité en l'identifiant au travail provoque inévitablement la souffrance chez celles et ceux qui en sont, pour des motifs divers, éloignés. C'est que « l'acte de discours ne se contente pas de communiquer la norme, mais provoque la souffrance chez ceux dont la vie ne s'approche pas ou ne parvient pas à s'approcher de la norme » (Butler, 2009, p. 20).

De tous les côtés, une clinique des souffrances sociales (engendrées notamment par le travail ou l'absence de travail) ne peut être, sous couvert de restauration, une instauration de la normalité sociale mais doit au contraire surgir comme une critique raisonnée de celle-ci. Son point de départ réside donc non pas dans un étalon de la normalité mais dans les usages subjectifs des vies ordinaires, empêchés ou favorisés par les normes sociales. Le geste du clinicien est alors dicté par les activités ordinaires des vies. Il faut, de ce fait, prendre conscience que le clinicien n'arrive qu'après coup, pour accompagner dans le dialogue le potentiel créateur des vies plutôt que pour pro-