

# TRAITER LES RPS AU RISQUE DE MÉCONNAÎTRE LE TRAVAIL ?

## Mathieu Raybois

Docteur en psychologie. ATER à l'UFR de Psychologie

Université Lille 3 / UFR de Psychologie, Laboratoire PSITEC / Domaine du Pont-de-Bois / 59653 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex  
m.raybois@gmail.com

À partir d'une recherche-action menée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), nous proposons une réflexion sur les problèmes de santé au travail ainsi que sur l'intervention dans ce domaine. En premier lieu, partant des témoignages des soignants, nous montrons que du stress et de la souffrance peuvent en effet être décelés, mais qu'il convient d'examiner précisément leurs liens avec l'activité de travail. En second lieu, nous établissons que les problèmes de l'activité ne sauraient être compris sans considérer attentivement la manière dont cette activité se construit au niveau individuel et collectif en fonction de l'organisation du travail. En dernier lieu, nous interrogeons les enjeux inhérents aux modèles théoriques et aux approches mobilisées par les interventions dans le domaine du travail.

Parler de «risques psychosociaux» c'est, de prime abord, se référer à un ensemble de troubles et de pathologies susceptibles d'atteindre les salariés. La santé y est moins interrogée que la maladie identifiée sous de nombreux registres de manière à appliquer un traitement en fonction des causes retenues (Lhuillier et Litim, 2009). Plus d'un problème, au sein de la conception des risques psychosociaux (RPS), se découvre: la pertinence de la notion de «risque» devenue centrale, le postulat d'un environnement pathogène manifesté par la métaphore de l'exposition (Clot, 2010b), le schéma causaliste établi entre des facteurs et des effets (Hubaut, 2011), l'absence de réflexion sur la «santé» du travailleur qu'il s'agit de préserver d'un catalogue de pathologies. L'approche par les RPS propose une interprétation de la souffrance au travail qui sélectionne et occulte certains aspects de la réalité, soustrayant ainsi certaines questions essentielles (Raybois, 2010). Pour notre part, sceptiques quant aux effets de ce type de démarche, nous discuterons des apports de l'analyse du travail, de la prise en considération des conflits de l'activité, et du débat qui peut s'établir entre le travail réel et l'organisation du travail. En prenant pour point de départ une recherche-action située dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), nous

### MOTS-CLÉS

Activité, santé, temps,  
organisation du travail,  
métier, recherche-action.

formulerons le problème suivant : peut-on comprendre les problèmes de santé au travail et tenter de les résoudre sans interroger l'activité de ceux qui le font et y confronter l'organisation du travail ?

## — ASPECTS THÉORIQUES

Nous considérerons le problème de la santé au travail dans la perspective d'une liaison entre l'activité de travail et la santé des personnes dont nous résumons ici quelques-uns des principaux aspects.

Toute activité de travail, finalisée par des buts précis, structure la situation en intégrant de multiples contraintes (Guérin et coll., 2006), elle est une réponse originale, produite par un sujet face aux multiples problèmes rencontrés dans le travail (Daniellou et Béguin, 2004). Dans le prolongement de la pensée de Canguilhem (1966), l'activité peut être conçue comme « débat de normes » entre le travailleur et son environnement, elle est donc polarisée par des préférences, des valeurs et des choix, de la part d'un travailleur qui s'évertue à accentuer sa part d'autonomie dans la réalisation de tâches qu'il tend à faire « siennes » (Schwartz, 2000). L'activité rend manifeste des transformations de la prescription, exprimant des manières personnelles de faire, traduisant une redéfinition personnelle et collective des tâches (Leplat, 1997). Des règles de métier sont produites qui complètent les prescriptions (Cru, 1995; Dejours, 2008) et se révèlent être des ressources pour l'action et l'amélioration de la qualité du travail (Clot, 1999, 2008). Lorsque les finalités que les travailleurs se donnent deviennent irréalisables ou qu'il leur devient impossible d'opérer, dans l'accomplissement des tâches, des changements appropriés à leurs besoins et estimations, de multiples maux peuvent survenir : perte du sens du travail, frustration, conflits, néfastes à la santé des personnes (Clot, 2008, 2010a; Dejours, 2008). Au sein de l'activité de travail, la part de « récréation » introduite par les travailleurs en vue de parvenir à la réalisation d'un travail satisfaisant, selon leurs propres critères et jugements, se révèle, par conséquent, d'une importance telle qu'il convient de ne pas la méconnaître ou la dénier.

Travailler en santé suppose, dès lors, d'exercer sa normativité, de pouvoir refaire le travail en ayant la possibilité d'y faire valoir ses choix et préférences et, finalement, de se percevoir « sujet dans un milieu d'organisation » et non seulement s'admettre « objet dans un milieu de contraintes » (Canguilhem, 1947 : p. 129). À cet égard, nous sommes loin de considérer la santé au travail sous la forme d'une capacité à endurer une organisation du travail reconnue délétère, des objectifs insensés, un travail devenu intenable. Ce qui est de l'ordre de la résignation apparaît, tout au contraire, étranger au concept de santé comme normativité (Canguilhem, 1966) et d'un travail en santé comme déploiement de la normativité des travailleurs. Plutôt, la santé se manifeste dans la « réappropriation créative » du milieu de travail (Schwartz, 1988). Dès lors, la question de la santé au travail exige, non pas d'admettre l'idée d'un travailleur passif (Clot, 2010b), mais de considérer le travail et les problèmes du travail dans le sens d'un engagement irrécusable des travailleurs dans ce milieu qu'ils « font ». Conception donc, qui reconnaît que le travail, irréductible à la stricte exécution d'une tâche, est également contribution à un monde commun et action sur ce monde (Lhuillier, 2006).

## — MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE-ACTION

La réflexion proposée ici est issue d'une recherche-action menée durant 16 mois au sein d'un EHPAD comportant 82 résidents, auprès d'un ensemble de 34 soignants comprenant 8 aides-soignants (AS), 2 aides médico-psychologiques (AMP), 24 agents de service hospitalier (ASH). Ces soignants sont au nombre de 32 femmes et de 2 hommes. Cette recherche-action visait la compréhension

de la construction de l'activité de soins aux personnes âgées dépendantes afin de permettre le développement de l'activité et de la santé des soignants. Deux aspects ont été privilégiés : d'une part, les processus de création de l'activité, d'autre part, la temporalité dans le travail. Dans cette perspective, nous avons eu recours aux théories en ergonomie et en clinique du travail. La recherche-action, « démarche originale de recherche et méthode d'intervention » (Lhuillier, 2006 : p. 64), cherche à répondre aux préoccupations des travailleurs en proposant un cadre d'analyse, de production de connaissances sur l'activité et le milieu de travail. Les soignants, sollicités afin d'expliquer leur activité, ont été amenés à s'expliquer avec elle. Favoriser les débats sur l'activité était essentiel. Il s'agissait d'un travail d'élaboration collective, comprenant les soignants, mais également les cadres de santé, ayant pour fin d'interroger et de transformer le travail.

Des observations ouvertes ont été réalisées, à chaque fois pendant la durée totale d'un poste, soit de 6 heures à 14 heures, soit de 13 heures à 21 heures, complétées par des observations systématiques destinées à comprendre les problèmes temporels inhérents à l'activité. Une grille d'observation a été établie comprenant deux dimensions afin d'analyser les tâches réalisées et les interactions verbales. Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel Actogram Kronos® en vue d'estimer notamment les durées, occurrences, et états de simultanités, des tâches et des interactions. Ces analyses montrent les effets des prescriptions horaires sur l'activité des soignants et notamment sur les relations avec les résidents. Elles permettent également d'instruire l'échange à partir de données précises et de faire évoluer les représentations de ceux qui conçoivent l'organisation du travail et décident de l'emploi du temps <sup>1</sup>.

Des entretiens individuels, au nombre de 12, ont été enregistrés, retranscrits, et analysés. Ils visaient à interroger de manière plus approfondie les logiques collectives et les perspectives individuelles afin d'étudier les différences dans les manières de faire et les manières de considérer l'activité et, par conséquent, de mettre à jour les processus de création de cette dernière. L'analyse des entretiens permet de mieux comprendre la complexité de l'activité. Cette complexité est loin d'être évidente à penser, y compris pour les soignants eux-mêmes, qui redécouvrent leur activité au-delà des routines et des automatismes. En effet, l'analyse rend manifeste et remet en discussion ce que l'activité engage en termes de choix face aux situations ordinaires, d'usage et d'invention de règles collectives, de stratégies développées pour faire face aux problèmes du travail, d'investissement de l'expérience personnelle dans les tâches.

## — ANALYSE CLINIQUE

### **Présentation de l'établissement et de l'activité des soignants**

L'établissement accueille 82 résidents dont l'état de santé et de dépendance est variable. Les chambres de ces derniers sont réparties sur deux étages, chaque étage étant sous la responsabilité d'une équipe de soignants comprenant AS, ASH, et AMP. Bien que de statuts professionnels distincts, ces agents réalisent les mêmes tâches. Selon le jour, les effectifs diffèrent : entre 3 et 5 agents la semaine, 3 le samedi, 2 le dimanche. Une infirmière est toujours présente dans les lieux et s'occupe spécifiquement des soins techniques et des traitements médicaux. Au rez-de-chaussée se trouvent le réfectoire, les cuisines, la salle d'animation et le salon pour les résidents, ainsi que la lingerie. Hormis aux horaires des repas, l'activité des soignants est essentiellement concentrée dans les étages. Le travail des soignants consiste à s'occuper des personnes, les accompagner et les aider dans les actes de la vie quotidienne. Comme le dira une soignante : « *Notre métier, c'est faire que le résident soit bien.* » Évidemment, cette finalité suppose une certaine latitude dans l'interprétation : qu'est-ce que le « bien » d'une personne en fin de vie au sein d'un EHPAD ?

Une grande partie des tâches, destinées à répondre aux besoins des personnes, est « programmée » et formalisée au sein de l'emploi du temps (toilettes, hygiène, repas, suivi médical, etc.). Quant aux tâches initiées par des demandes de résidents ou consécutives à certains événements, elles doivent prendre place dans l'activité sans qu'il n'y ait de temps prévu à cette fin. De fait, l'emploi du temps est très « serré » et les horaires ne sont pas discutables. Chaque plage horaire comprend un ensemble de tâches fixées. Toutefois, l'activité des soignants met l'accent sur la relation tout comme sur les petites attentions et les petits services qui apparaissent nécessaires mais ne sont pas pris en compte au sein de l'emploi du temps. L'activité, telle que les soignants la conçoivent, ne se réduit pas aux prescriptions. Le travail, ce n'est « *pas seulement la toilette et les soins mais tout ce qu'il y a autour : les (les résidents) aider à mieux vivre ce qu'ils vivent.* » Au-delà des tâches programmées, les soignants s'évertuent à réaliser un travail de soin qui consiste notamment à : « *Essayer par des petites choses de les rendre heureux* » ; « *être à leur écoute* » ; « *essayer de savoir ce qu'ils aiment* ». Autour de la prescription, il s'agit d'ajouter et d'apporter « des petites choses qui bon leur font plaisir. » Ainsi, la réalisation de toutes ces « *petites choses* », *pourtant essentielles au soin, se fait « en plus »* des tâches prescrites.

### Que signifient le « stress » et la souffrance des soignants ?

Partant des témoignages des soignants, nous montrerons que du stress et de la souffrance peuvent en effet être décelés. Cependant, nous le ferons en vue d'en examiner les liens avec l'activité de travail, de rendre manifeste que ces troubles ne sauraient être étudiés en dehors des problèmes inhérents aux situations de travail et au contexte.

L'activité du soignant se caractérise par une succession rapide de tâches brèves. Les agents décrivent le poste comme un enchaînement de tâches qu'il s'agit d'accomplir promptement : « *Au matin on n'arrête pas... On n'a pas le temps de... C'est une fois qu'on a fini ça, on entame autre chose.* » Au programme : de 6 h 15 à 7 h 45, lever les résidents, effectuer les toilettes, les aider à se vêtir, se coiffer, se maquiller ; de 7 h 45 à 8 heures, les accompagner au réfectoire ; de 8 heures à 9 heures, distribuer le petit-déjeuner voire donner le repas aux personnes les plus handicapées ; dès 9 heures, commencer la réfection des lits, changer les draps si nécessaire, nettoyer chaque chambre, ainsi que les couloirs, etc.

La pression temporelle est forte : les soignants travaillent tous à une cadence prononcée. Tout ce qu'il effectue, le soignant a l'habitude de le « *faire vite* ». Et l'activité prend parfois des allures de course : « *On court oui (...) Il faut aller vite. Moi c'est toujours ce mot-là faut vite vite vite vite. Toujours regarder le temps le... Stressé par le temps si vous voulez.* » Les marges de manœuvre sont faibles et dépasser l'horaire impartirait risquerait de décaler l'ensemble des tâches à accomplir alors que l'activité des soignants est coordonnée avec celle d'autres agents : infirmières, agents hôteliers qui préparent les repas, équipe de l'après-midi ou équipe de nuit. Ainsi qu'en témoignent certains soignants, la possibilité de ne pas parvenir à accomplir les tâches pour l'heure suscite différentes réactions émotionnelles qui vont du stress à la peur en passant par l'excitation et l'énervement : « *On est énervé* » ; « *ça angoisse, ça énerve* » ; « *on a toujours peur, on sait jamais.* » À cela s'ajoute également la crainte qu'un événement, imprévisible, ne survienne et ne mette les soignants en retard. Ce phénomène peut aisément atteindre toute l'équipe : « *Forcément s'il y a trois agents qui paniquent dès qu'ils ont perdu du temps et puis qu'ils sont à trois là ça va être une catastrophe phénoménale.* »

Dans l'EHPAD, la préoccupation de l'horaire devient presque obsessionnelle : « *C'est la montre, toujours* » ; « *on est chronométré.* » En outre, l'image d'un travail « *à la chaîne* » est évoquée par les

soignants : « *C'est comme du travail à l'usine, on est comme des robots.* » Et de même que les ouvriers qui travaillent à la chaîne, les soignants souffrent bel et bien de la peur de « couler » car dépasser l'heure, c'est prendre le risque d'être débordé : « *On se voit comme ça dépassé c'est affreux (...) on va pas s'en sortir.* » Toutefois, la différence est grande entre l'usine et l'EHPAD : il ne s'agit pas de pièces à fabriquer, mais de dispenser des soins... à des personnes ! Or, les conséquences de cette cadence sur les soins ne sont pas des moindres : « *Il faut qu'on se dépêche... Ben nous forcément on est stressé, on est énervé, on est agité, on est excité, on est tout quoi donc forcément on n'est plus aussi calme que quand on prend notre temps avec la personne, donc... Certainement qu'on doit la bousculer un peu plus, faut que ça aille un peu plus vite et puis la personne le ressent.* »

Le travail réalisé suscite ainsi beaucoup d'insatisfaction : « *Vite c'est vrai quelquefois on va bâcler son travail* » ; « *j'ai été vite ça va pas (...) mais bon faut faire pareil à la personne suivante, on le fait enfin par obligation on va dire.* » Les soignants jugent négativement une activité qui, malgré leurs efforts pour tenter de faire « vite et bien », en devient dévalorisante pour eux. Comment, dans de telles conditions, réaliser de bons soins, se sentir un bon soignant ? Situation, à la fois, de dégradation de la qualité du travail et d'obligation qui paraît insurmontable. C'est faute de pouvoir faire autrement qu'ils travaillent ainsi : « *Toujours ces horaires de 8 heures* » ; « *on est obligé* » ; « *donc on peut pas toujours bien faire... Faut qu'à pile poil 8 heures ils soient tous en bas c'est... On se dépêche.* »

Que pourrait désigner, au final, le stress ? Le résultat de tâches nombreuses à réaliser dans un temps trop court, certes. Un modèle du stress qui confronterait les ressources des agents aux situations, cependant, omettrait qu'au-delà du « défaut » de ressources qui pourrait être objectivé, il importe de considérer le fait que les soignants font « plus » que la tâche prescrite : ils s'efforcent de faire à leur manière les soins qu'ils estiment bons. Autrement dit, ils ne sont pas des individus stressés dans un environnement stressant mais des travailleurs composant, au mieux et en raison des contraintes, un milieu destiné aux soins. Ils en font plus, précisément, afin de pourvoir à leur activité valeur et sens. Un tel constat peut se redoubler d'un autre : souvent, c'est « l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs de pouvoir travailler correctement » (Clot, 2010a : p. 110). En outre, la souffrance exprimée par les soignants ne saurait être exprimée de manière juste par la notion de stress, de même que leurs problèmes ne sauraient être circonscrits à ce que celle-ci désigne. L'examen des situations de travail témoigne d'un défaut de marges de manœuvres, d'une perte d'autonomie, de l'obligation de renoncer à certains buts et d'une qualité du travail diminuée, mais également d'une activité qui perd de son sens en manquant sa finalité : faute de pouvoir disposer de temps pour prendre soin des personnes, il arrive aux soignants de les presser, d'omettre leurs demandes, de répercuter sur eux les contraintes de l'organisation du travail dont ils ne parviennent pas à se dégager.

### **Des « troubles psychosociaux » aux problèmes du milieu de travail**

Face à ce problème de marges de manœuvre temporelles, réduites, qui limitent leur action, les soignants s'organisent, du mieux qu'ils peuvent, de manière à perdre le moins de temps possible, voire même à en gagner. Ils développent, afin de pouvoir réinvestir les relations et les soins, des stratégies destinées à dégager du temps. Aussi apparaissent-ils loin d'être des travailleurs passifs : leur activité déploie des ressources afin de servir les finalités qu'ils se donnent. D'où un premier constat, des plus élémentaires : les travailleurs ne s'interrogent pas sur les RPS ni sur leurs maux mais se demandent « comment faire ? ». C'est sur les problèmes inhérents à leur travail qu'ils réfléchissent. Quant au stress ou à la fatigue, loin de dénier ces phénomènes, qu'ils constatent, ils les mettent en relation avec le travail et les situations de travail rencontrées. Aussi la recherche-action ne va-t-

elle pas se focaliser sur les atteintes aux personnes mais tenter, dans une démarche de co-analyse avec les professionnels, de rendre possible une transformation du travail. Elle ré-initie un dialogue sur le travail qui s'effectue à plusieurs niveaux : entretiens individuels, séance de discussions avec les équipes, comité de pilotage avec les cadres de santé et de la direction. Procédant de la sorte, la recherche-action vise à proposer et à inventer un cadre qui permette « de penser collectivement le travail pour le réorganiser » (Clot, 2008 : p. 72).

L'une des dimensions centrales du problème s'est révélée en analysant l'activité. Celle-ci comprend un conflit nodal en termes de valeurs comme de priorités. Ainsi, les soignants expriment que « *la priorité est toujours le résident* » tout en affirmant également que « *le temps est la priorité* ». Ce conflit se retrouve à tous les niveaux : dans l'activité de chaque soignant, entre soignants, entre le collectif des soignants et chaque agent, mais encore entre le collectif et l'organisation du travail. À son terme, il affecte la relation entre chaque soignant et chaque résident. De là découlent de nombreux dilemmes : faire « vite » ou essayer de faire « bien », « prendre » ou « perdre » du temps ? La cadence de travail évacue provisoirement les conflits au profit d'une action diligente sans toutefois les résoudre et les faire oublier. Faute de moyens, les soignants adoptent une cadence qu'ils jugent inappropriée. Le collectif développe des règles de métier qui visent à « *réaliser le travail dans les temps* », interdisant certaines initiatives ainsi que toute « *perte de temps* », répartissant la charge de travail, promouvant les gains de temps et stratégies pouvant les favoriser. Au final, cette cadence de travail évoquant le travail « *à la chaîne* », à propos de laquelle les soignants s'indignaient – « *on n'est pas à l'usine même si ça paraît* » –, s'était imposée comme la seule manière possible de faire le travail et avait fini par se normaliser. Les soignants ne pouvaient plus envisager de faire autrement leur travail et c'est de cela qu'ils souffraient.

À cet égard, la recherche-action menée a démontré l'intrication, à tous les niveaux, et les conséquences, de l'emploi du temps et de l'absence de marges de manœuvre : l'activité des soignants se construit aux niveaux individuel et collectif en fonction de l'organisation du travail et de manière à répondre à certains défauts de celle-ci. Il s'est avéré, dans le cas présent, que l'organisation du travail limitait le développement des règles de métier et du collectif : les ressources des soignants étaient surtout mobilisées afin de tenir « dans les temps ». Cette obligation d'une gestion temporelle des tâches infléchit les objectifs collectifs et accapare l'activité de chaque soignant, altérant, bien entendu, la relation aux résidents. Par conséquent, le collectif tendait à inculquer à ses membres, sans beaucoup de tolérance, ni de discussions, la cadence et le bon usage des temps (Raybois, 2013). La question du soin, centrale dans le métier, était collectivement peu discutée. Chaque soignant se la réappropriait dans la mesure de ses moyens. Or le « bon soin », comme objet d'une interrogation sans cesse poursuivie, est ce qui permet à l'activité comme à l'institution d'évoluer. À l'EHPAD, la finalité des soins apparaissait empêchée voire désavouée par l'organisation du travail. Enfermée dans le court-terme, focalisée sur les critères de temps et de vitesse, au détriment de considérations sur le soin, sur la vie et la fin de vie des résidents, l'activité manquait l'essentiel. Aussi la recherche-action a-t-elle eu pour rôle de confronter l'activité des soignants, appuyée par l'analyse, à l'organisation du travail, dans un dialogue avec les cadres. Au terme de ces échanges, l'emploi du temps a été modifié, permettant aux soignants d'investir davantage les soins et de développer leurs manières de faire à cet égard.

## CONCLUSION

### QUELLES SONT LES FINALITÉS DU TRAVAIL ? AU-DELÀ DES RPS, UN MONDE EN MUTATION

Les analyses qui précèdent devraient permettre de comprendre les raisons pour lesquelles nous préférons recourir au « point de vue du travail » afin d'intervenir sur la santé des personnes. Ce « point de vue du travail » comprend une question, à notre sens, essentielle, qui ne semble guère indispensable à la démarche-type des RPS : « À quoi sert le travail sollicité ? ». Cette question « ordinaire » est centrale dans la vie des professionnels. Que vaut, en effet, de travailler au sein d'une institution de soins dont la finalité – d'accompagnement des personnes en fin de vie – est obérée par certains aspects de son organisation du travail ? L'intervention se doit, par conséquent, de « travailler » cette question. Ce dont il s'agit, ce n'est pas d'identifier des causes environnementales, de diminuer les risques, d'amoindrir les troubles, mais de formuler et d'exposer un problème. De poser un problème et de pouvoir en reconnaître et en interroger les multiples aspects.

Nous avons pu montrer que les préoccupations des soignants étaient d'abord tournées vers le travail et non vers leurs maux. C'est qu'ils s'estiment encore comme des travailleurs, actifs à l'égard du milieu et d'eux-mêmes, et non comme des « opérateurs victimes » (Clot, 2010b : p. 41). Aussi s'agit-il de leur proposer des moyens afin de développer de nouvelles possibilités d'action. Or, l'approche par les RPS tend à circonscrire des problèmes dont les dimensions et enjeux sont multiples à des modèles psychologiques souvent réducteurs et peu appropriés. Proposer aux travailleurs un modèle du stress les incline à se reconsidérer comme des « cas », à interpréter les difficultés qu'ils rencontrent en rapprochant les faits des facteurs figurés par le modèle (Loriol, 2010). Ce faisant, on rabat les questions de travail, les conflits sociaux, les implications idéologiques, politiques, économiques, sur une « expertise des risques » (Giust-Desprairies, F. et Giust-Ollivier, A-C. : p. 36).

Ceci nous invite – nous qui intervenons, cherchons, diffusons nos recherches – à réfléchir sur nos pratiques. L'un des enjeux de la psychologie du travail et de l'analyse des milieux de travail ne serait-il pas de critiquer voire de récuser toute approche qui serait, à cet égard, réductrice, et participerait des conséquences précédemment décrites ? Nos discours comme nos interventions, nos choix théoriques, méthodologiques, les options que nous privilégions, produisent nécessairement des effets sociaux et politiques (Lhuillier, 2009). La scientificité des modèles auxquels nous avons recours ne minimise en rien le fait que notre activité demeure orientée par des valeurs et vers des fins. Le choix de préconiser à des agents en souffrance la gestion du stress, en vue de l'atténuer, certes, peut toujours apporter un bénéfice à ces derniers. Cependant, ceci risque fort de reporter sur les personnes la responsabilité de « leur » stress et de cautionner, ne serait-ce qu'implicitement, les situations qu'elles vivent, ainsi qu'un certain mode de penser : « (je suis la cause de ce qui m'arrive), version intériorisée de l'idéologie libérale développant l'idée que c'est dans l'individu que se trouve la clé de ses réussites comme de ses échecs » (Lhuillier, 2010 : p. 217). À ne considérer que le stress individuel, les situations de travail peuvent demeurer inchangées, se normaliser, ou s'aggraver encore. Ce même enjeu mérite d'être examiné lorsque des articles de recherche concluent publiquement en faveur de telles solutions et renforcent tacitement l'idée qu'il n'y aurait pas d'alternative et, par conséquent, pas de changement possible des milieux de travail.

Accompagner l'interrogation du point de vue des travailleurs, ce n'est pas l'amputer en l'enfermant dans un registre, en soustrayant des débats les dimensions réflexives et axiologiques inhérentes à toute activité de travail (Roche, 2010) mais, tout au contraire, favoriser l'action sur le monde. En devenant des experts et des gestionnaires de risques, nous renoncerions à toute fonction de critique et de mise en question des milieux de travail, dans un contexte où des principes issus

d'une logique managériale, n'ayant de considération que pour les résultats chiffrés qu'elle vise à obtenir, se répandent dans tous les domaines et tendent notamment à confisquer l'autonomie des travailleurs comme à nier les valeurs qui leur sont propres (Dardot et Laval, 2009). Les conséquences en sont, hélas, diverses et nombreuses : intensification du travail, pratiques insensées de l'évaluation, dispositifs de contrôle renforcés, etc.

Certes, dans nos interventions, il se présente toutes sortes de difficultés et d'empêchements, et il serait sot de ne pas reconnaître les limites de nos propres actions. Mais, au-delà de ce que nous avons pu accomplir (ou échoué à réaliser), il nous reste la possibilité de faire un « usage public de la raison », pour reprendre l'expression de Kant, c'est-à-dire de discuter ces problèmes du travail au sein de notre discipline et au-delà : en nous adressant à tous ceux qui se sentent concernés. S'abstenir d'interroger les organisations et les institutions, de questionner la société dans ses évolutions, et d'y appliquer nos connaissances, ce serait renoncer à ce que notre époque « voie l'humanité s'améliorer progressivement » (Kant, 2006 : p. 46). Ces progrès, pourtant, existent bel et bien lorsque les travailleurs peuvent enrichir leur métier et les finalités de leur action. À cet égard, nous pouvons accompagner leurs efforts lorsque notre intervention est rendue nécessaire. Pour le reste, dans le champ des discussions scientifiques comme des débats publics, il nous appartient de favoriser ces progrès, issus de l'expérience et de la pensée, contre des formes imposées d'organisation et d'évaluation qui dévaluent l'esprit et l'expérience des hommes, donc leur travail.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de cet article nous ne présenterons pas ces données quantitatives, notre intention étant de mettre l'accent sur les conflits de l'activité et le vécu des soignants.

---

## Bibliographie

- Canguilhem, G. (1947)**, « Milieux et normes de l'homme au travail », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 3, p. 120-137.
- Canguilhem, G. (1966)**, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 224 p.
- Clot, Y. (1999)**, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF, 247 p.
- Clot, Y. (2008)**, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 296 p.
- Clot, Y. (2010)**, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 190 p.
- Clot, Y. (2010b)**, « Au-delà de l'hygiénisme : l'activité délibérée », *Nouvelle revue de psychosociologie. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale?*, vol. 10, no 2/2, p. 41-51.
- Cru, D. (1995)**, *Règles de métier, langue de métier : dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention. Le cas du bâtiment et des travaux publics*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de l'EPHE, 115 p.
- Daniellou, F. et Béguin, P. (2004)**, « Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel », in Falzon, P., *Ergonomie*, Paris, PUF, p. 335-358.
- Dardot, P. et Laval, C. (2009)**, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 498 p.
- Dejours, C. (2008)**, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 299 p.
- Guerin, F., Laville, L., Daniellou, F., Duraffourg, J. et Kerguelen, A. (2006)**, *Comprendre le travail pour le transformer*, Lyon, Anact, 318 p.
- Giust-Desprairies, F. et Giust-Ollivier, A.-C. (2010)**, « La fabrication du risque psychosocial ou la neutralisation de la conflictualité », *Nouvelle revue de psychosociologie. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale?*, 10, n° 2, p. 29-40.
- Hubaut, F. (2011)**, « Risques psychosociaux, troubles psychosociaux, charge psychosociale... Questions de travail », in Hubaut, F., *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail?* Toulouse, Octarès, p. 187-195.
- Kant, E. (2006)**, *Qu'est ce que les lumières?*, Paris, GF Flammarion, 206 p.

- Leplat, J. (1997)**, Regard sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique, Paris, PUF, 263 p.
- Lhuillier, D. (2006)**, Cliniques du travail, Toulouse, Erès, 246 p.
- Lhuillier, D. (2009)**, « Clinique et politique », in Périlleux, T. et Cultiaux, J., *Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Erès, p. 159-173.
- Lhuillier, D. (2010)**, « Développement de la clinique du travail », in Clot, Y. et Lhuillier, D., *Agir en clinique du travail*, Toulouse, Erès, p. 205-225.
- Lhuillier, D. et Litim, M. (2009)**, « Le rapport santé-travail en psychologie », *Mouvements*, vol. 58, n° 2, p. 85-96.
- Loriol, M. (2010)**, « La construction sociale du stress : entre objectivation, subjectivité et régulation collective des difficultés du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ?*, vol. 10, n° 2/2, p. 111-124.
- Raybois, M. (2010)**, « Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? », *Nouvelle revue de psychosociologie. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ?*, vol. 10, n° 2/2, p. 71-82.
- Raybois, M. (2013)**, « Le rôle ambivalent du collectif dans l'activité de soins aux personnes âgées dépendantes », *Éducation permanente*, 196, n° 3, p. 175-184.
- Roche, P. (2010)**, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ?*, vol. 10, n° 2/2, p. 83-97.
- Schwartz Y. (1988)**, *Expérience et connaissance du travail*, Paris, Messidor/Éditions sociales, Paris, 907 p.
- Schwartz, Y. (2000)**, *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Toulouse, Octarès, 763 p.