

La démarche participative en sciences du travail, entre domination et liberté de la volonté

Antoine DUARTE

Psychodynamicien du travail et docteur en psychologie,
CNAM et Université Paris Descartes

Rapidement, je suis psychologue clinicien, psychologue du travail et je viens de terminer une thèse sous la direction de Christophe Dejourn. Selon B. Dugué, J. Petit et F. Daniellou, la démarche participative constitue pour nombre d'ergonomes de langue française « une question centrale ». L'idée que les travailleurs et les travailleuses puissent prendre une part active à l'élaboration et aux transformations de l'organisation du travail me semble être un point de vue partagé. Cela constitue un terrain commun à la psychodynamique du travail et à l'ergonomie.

Dans cette perspective, la question de la recherche quant à l'efficacité de nos pratiques est toujours liée à ce que J. Petit, B. Dugué, F. Daniellou, encore une fois, nomment « une éthique de la citoyenneté », à travers laquelle se dessinent dans nos manières de faire un profond intérêt pour les conditions éthiques de la vie démocratique. En outre, on peut dire que cette vie démocratique sur les lieux du travail ne peut s'épargner du recours au langage de l'activité. Mais, la question que je me pose c'est : pourquoi les organisateurs de ces Journées ont-ils décidé de mettre en débat ce paradigme, qui a priori ne souffre pourtant pas de contestation au sein de la communauté des ergonomes de langue française ni au sein des disciplines qui ont comme référence commune l'activité, c'est-à-dire la considération de l'existence de l'écart irréductible entre travail prescrit et travail réel, et que François Daniellou se propose de nommer les ergo-disciplines ?

Ce texte a été produit dans le cadre du congrès des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, organisée par l'équipe d'ergonomie des systèmes complexes de Bordeaux INP en mars 2018. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Duarte, A. (2018). La démarche participative en sciences du travail, entre domination et liberté de la volonté. Dans *Méthodes d'accompagnement et démarches participatives : nouvelles pratiques et nouveaux enjeux pour l'ergonome ? Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie*. Bordeaux.

Une des réponses qui pourrait être apportée est que la formulation de cette question par les organisateurs, en tout cas c'est l'hypothèse que je fais, est que cette formulation est la conséquence d'une élaboration consécutive à la confrontation au réel du travail des praticiens, c'est-à-dire à ce qui résiste à leur maîtrise. Pour le dire autrement, la formulation de l'argument de la journée semble s'appuyer sur l'expérience concrète des praticiens et paraît rendre compte par prétériorité des transformations des demandes et des difficultés rencontrées dans les situations de travail au sein desquelles nous exerçons. C'est pourquoi je partirais de mon expérience du réel de mon travail de psychodynamicien du travail, pour tenter par la suite de soulever un certain nombre de questions qui m'habitent et que je souhaiterais partager avec vous.

J'ai mené un travail il y a quelques mois dans une unité de soin psychiatrique d'un grand centre hospitalier au sein duquel était survenue une bagarre entre soignants. La bagarre en question avait conduit à un arrêt de travail de plusieurs mois pour un des soignants du fait de multiples fractures au visage, et à une mise à pied à titre conservatoire de l'autre soignant belligérant. L'évènement était venu mettre en lumière l'atmosphère devenue, selon les dires de la directrice : « *irrespirable depuis plusieurs mois déjà dans le service avec la formation de clans* ». J'ai alors été contacté par le médecin du travail qui a proposé mon intervention afin de mieux comprendre ce qui avait pu se jouer au sein de la structure pour que survienne un évènement de ce type. Évènement pour le moins surprenant. Lorsque je rencontre la directrice de l'établissement, elle est en grande souffrance et s'effondre en pleur à plusieurs reprises lorsqu'elle évoque son vécu du travail. Elle se dit submergée par les difficultés qui s'accumulent et par le rythme des transformations de l'organisation du travail imposées à son hôpital. Nous tombons rapidement d'accord sur la visée de la démarche d'investigation. Il s'agira de mettre en place un espace d'élaboration collective avec des agents volontaires de l'équipe dans le but de comprendre comment on a pu en arriver là. Dans un deuxième temps, et si le collectif de volontaire le souhaite, il s'agira de rediscuter de la situation à l'aune de la transformation du sens des difficultés vécues permises par la révélation des faits nouveaux dans l'enquête. La directrice est alors enthousiaste et souligne l'importance du fait que cette démarche soit, selon ses propres mots « *participative* ».

Les questionnements liminaires du travail étaient donc de comprendre comment des soignants expérimentés, et qui travaillaient ensemble depuis des années, pouvaient en arriver aux mains ? Pouvait-on relier leur comportement à une défaillance interindividuelle entée dans de vieilles rancœurs, ou bien se comportement avait-il un rapport avec l'organisation du travail ? Cet acte, bien que condamné par l'ensemble des salariés, ne serait-il pas représentatif des difficultés partagées par

tous ? Il était bien évidemment tentant d'interpréter la bagarre en termes de passage à l'acte lié à une fragilité psychique des soignants ou à des histoires personnelles difficiles. Le passage à l'acte violent serait ainsi venu signifier la faillite de la pensée et l'effondrement des défenses individuelles. Cependant, pour la psychodynamique du travail, le problème que l'on se pose à chaque fois – et voire le problème principal – réside moins dans l'identification de troubles psychopathologiques spécifiques du travail que dans la compréhension des compromis élaborés par la plupart des hommes et des femmes pour ne pas décompenser.

Dans cette perspective, un groupe de volontaires a été constitué et auquel la quasi-totalité des agents de l'unité a souhaité participer (14 personnes sur 17, dont des psychiatres, infirmières, aides-soignantes, ASH et assistantes sociales). L'investigation a été menée pendant 7 mois pendant lesquels nous nous retrouvions une fois par mois pour des séances collectives d'une durée de 3 heures. Lors de la dernière séance qui a duré une journée entière, je leur ai remis un rapport écrit relatant à la fois le cheminement de l'investigation et les interprétations ramenées au rapport entre souffrance et organisation du travail. A ce moment, le rapport a été discuté, critiqué et amendé par le collectif d'enquête. Une fois le rapport validé, ils ont décidé du destin de ce dernier et des modalités de restitution.

Je n'ai malheureusement pas le temps de présenter plus en profondeur la méthodologie de l'investigation clinique propre à la psychodynamique du travail, mais on peut dire comme le propose François Daniellou, qu'elle représente une forme de « *démocratie provisoire* », c'est-à-dire une délocalisation partielle de la réflexion par rapport au fonctionnement habituel de l'institution. Aussi, en plus de l'investigation, je note que j'ai entretenu des discussions abondantes avec la directrice de l'établissement pendant les premiers mois de mon travail. Elle souhaitait également un accompagnement de son équipe de cadre, mais au fil du temps, nos échanges sont devenus moins riches et plus informels.

Pour rentrer dans le détail de l'investigation clinique avec les participants, le travail réalisé avec les participants a permis une remise en discussion des questions de travail malgré l'enkystement conflictuel. L'agressivité et la dureté des défenses, au début de l'enquête, ont empêché un accès au réel du travail, et le déplacement des dites défenses a été rendu possible par une prise de risque importante des participants. Ils ont en effet pris le risque d'évoquer ce qui les faisait souffrir réellement, et concrètement, en mobilisant le langage de l'activité. Ils ont pu rediscuter de leurs difficultés, du travail bâclé, du suicide des patients qui s'étaient multipliés et dont personne ne parlait, en somme, ils

ont parlé de leur souffrance et de l'expérience de la compromission, de la trahison de leur éthique professionnelle dans le quotidien de leur activité.

Une infirmière dira, « le suicide d'un patient, c'est comme si c'était devenu normal, banal, comme si c'était intégré au fonctionnement de l'HP. On est dans l'explication par la fatalité. C'est comme si on y pouvait rien. Mais là, c'est le quatrième suicide en 6 mois et ça n'a suscité aucune réunion, aucune interrogation collective. Moi, j'en peux plus de ce silence et de cette guerre entre nous, j'étouffe. En fait, on est devenu inhumain et je me dis que ce n'est plus possible. On ne s'arrête pas, même une minute pour un mort. Et je vous le dis, des fois je pense que je vais monter au quatrième et puis... enfin bref. »

Au fur et à mesure de l'investigation clinique, la situation clinique s'est éclairée et les participants sont parvenus à une interprétation des raisons de son existence en tenant comme référence centrale le travail. Ainsi, les formations défensives ont-elles abouti à des conflits importants, car elles permettaient aux soignants d'éviter de parler de ce qui faisait souffrir en se focalisant sur les dimensions interpersonnelles de la situation. Dans cette perspective, le travail d'élaboration a permis de redonner un sens à ce qui paraissait au premier abord comme des conduites aberrantes et notamment il a permis de remettre en lien leurs vécus avec les transformations de l'organisation du travail. Ce travail d'élaboration a été très douloureux pour une grande partie de l'équipe et plusieurs fois j'ai eu peur de voir certains participants s'effondrer. Car c'est spécifiquement la participation à des actes, pour le moins ambigus, sur leur plan moral, qui ont été abordés par les membres du collectif d'enquête. Il est extrêmement important d'insister que sans un engagement délibéré des sujets dans le travail d'investigation, ce travail-là n'est pas possible, c'est-à-dire que l'engagement ressorti est la liberté de la volonté et ne saurait être imposé de l'extérieur.

L'analyse collective a ainsi permis de comprendre comment les transformations gestionnaires de l'organisation du travail de l'institution (évaluation individualisée des performances, certification de la haute autorité de santé, mise en place d'outils informatiques de traçabilité de l'activité des agents, application stricte des guides de bonne pratique, réduction d'effectifs, etc.) ont engendré une somme considérable de difficultés pour les soignants.

Après l'investigation, les participants décident d'organiser une restitution du rapport à la directrice en la présence du médecin du travail et de moi-même. Les modalités de la restitution ont été discutées et négociées par les participants avec la directrice, et ils sont tombés d'accord sur le fait d'inviter l'équipe de direction (directrice des soins, directrice adjointe, directeur administratif et financier

et DRH). C'est maintenant que cela se complique, voire même fortement, parce que je vous relate quelque chose qui pour le moment se passe bien, mais en fait, je vais vous parler de quelque chose qui a complètement foiré, où j'ai sûrement merdé, et je crois que c'est aussi pour ça que j'avais envie de vous parler de ça.

Lors de la discussion sur le rapport, et face à la description subjective du travail portée par les participants, les membres de la direction adoptent une posture que je vais tenter d'expliquer. La directrice après la lecture du rapport fustige le caractère « *non-objectif des éléments interprétatifs rapportés par les soignants de l'unité* ». Elle explique que ce que disent les soignants est à l'opposé de la certification réalisée par l'HAS (Haute Autorité de Santé) quelque temps auparavant. De plus, elle explique qu'elle avait déjà anticipé sur « *le plan d'action à mettre en œuvre* ». Ainsi, nous expliquet-elle, elle a commandé un sondage BVA pour mesurer la qualité de vie au travail et le climat social et qu'à la suite de ces résultats de sondage, elle fera appel à un cabinet de consultant (cabinet de consultant qu'elle mobilisera aussi pour le séminaire de cadre) pour mettre en place « *une démarche participative* » avec des groupes de travail pour permettre aux agents de « *mieux appréhender* » les changements dans l'institution. En outre, la directrice adjointe propose un nouveau plan de communication, car selon ses propres termes, elle n'a pas donné assez de sens pour que les soignants comprennent mieux les mutations nécessaires qu'ils doivent réaliser pour s'adapter aux transformations de la société française et de ce monde « *en rupture* ». Enfin, la jeune directrice des soins affirme, lors de la réunion, que « les dysfonctionnements » relatés dans l'écrit sont liés à un déficit de respect des procédures préconisées par l'HAS et qu'il doit donc s'astreindre à mieux expliquer la nécessité de respecter lesdites procédures. Malgré les discussions qui ont suivi, il a malheureusement été impossible d'infléchir à la rationalité gestionnaire et le mur du déni qu'elle oppose à l'activité telle qu'elle est concrètement réalisée et vécue par les soignants. En somme, on pourrait dire que c'est l'activité déontique, ou comme le dit Yves Clot, ce sont les conflits de critères qui ont été en quelque sorte impossibilités.

In fine, le résultat est que ce sont toutes ces préconisations qui ont été mises en place par la suite ; des préconisations proposées par le Comité de Direction. À noter que la directrice des ressources humaines, au moment de cette restitution, n'a absolument rien dit. Ce qui rejoint aussi ce que disait François Daniellou sur le caractère assez souvent non homogène aussi du Comité de Direction.

Je ne peux pas évacuer le fait que l'échec de ce travail et l'échec de la remise en discussion de l'organisation du travail soient de mon fait et est à voir avec mon déficit d'habileté. En gros, il est

fort possible que ce soit vraiment une erreur de ma part et notamment le fait que je sois mauvais, ni plus ni moins. Cependant, je sais que cette expérience, un certain nombre d'entre nous l'avons faite et malheureusement elle se répète notamment dans les organisations percutées de plein fouet par la réforme de l'État et par le New Public Management. Si j'évoque cette situation, c'est d'une part pour la partager avec vous et voir si ce que j'ai vécu vous parle, ou peut-être que je vais me retrouver dans la solitude et tout le monde va me dire « *moi j'n'ai jamais vécu ça* » ; d'autre part aussi, c'est pour vous soumettre l'interprétation que je peux faire de cet échec à remettre en route la discussion dans cet hôpital.

Ici, la Directrice nous avait paru ouverte et sa souffrance initiale ne me laissait pas présager ce dénouement à la situation. Cependant, j'ai appris par elle qu'elle avait entamé un travail de coaching psychologique proposé - et financé - par l'institution hospitalière et qu'elle suivait avec son équipe de direction un séminaire pour les cadres dirigeants.

Face à sa déstabilisation psychique, puisqu'elle était vraiment très mal, les politiques organisationnelles mises en place par le New Public Management propose des dispositifs d'accompagnement psychologique portés par des consultants permettant précisément aux encadrants de tenir, de s'adapter et de « résister » aux contraintes du travail relatives à l'instauration des transformations du travail, sans remettre quoi que ce soit en question du point de vue subjectif. (Nicolas Belorgey en donne une illustration criante dans son ouvrage « *L'hôpital sous pression* »). Et, dans cette situation, la directrice n'est pas cynique – loin de là pourrait-on dire – elle était même très affectée lorsque je l'ai rencontré. Il n'en reste pas moins que la sécurité offerte, du point de vue de son équilibre psychique, par le langage et l'idéologie gestionnaire a eu un effet manifestement beaucoup plus attractif que le travail de remise en question personnelle qui aurait été imposé par la discussion et la confrontation des différents points de vue. Cela lui a permis d'éviter l'angoisse en recourant au clivage et en s'appuyant sur l'imaginaire social mis à sa disposition par les séances de coaching managériales.

À partir de là, je souhaite dégager deux points qui à mes yeux me paraissent essentiels pour alimenter une réflexion sur la pratique. Dans cette perspective il me semble que la démarche participative doit prendre en compte des éléments qui me semblent trop peu souvent mis en avant. D'une part, la dimension pathique du rapport au travail, c'est-à-dire que le rapport au travail est vécu affectivement et qu'il est à l'origine de vécus très variés de plaisir et de souffrance. Ici, la souffrance fait surgir des stratégies défensives qui peuvent fonctionner comme un anesthésique et dont la formation clanique que je viens de décrire en est une illustration. Les stratégies défensives passent

par un processus d'euphémisation de la perception de la souffrance et constituent donc, par conséquent, un obstacle majeur à la verbalisation et à la communication du rapport subjectif au travail. Ces stratégies participent à l'effacement du langage de l'activité, seul à même de permettre de rediscuter de l'organisation du travail au profit d'un langage creux « pétri de défenses ».

D'autre part, il s'agit de ne pas perdre de vue que dans toute organisation du travail, le travail vivant fait l'objet d'un contrôle par une hiérarchie, un commandement, une surveillance, un gouvernement, un management, et aujourd'hui des dispositifs de gestion. Ce que je raconte est aussi vrai pour des coopératives. Pour le dire autrement, au-delà de la division technique des tâches, l'organisation du travail mobilise toujours une méthodologie rigoureuse de la domination. Il semblerait donc qu'il faille prendre en considération de manières plus lucides les nouvelles formes de domination relatives à l'organisation gestionnaire du travail. En effet, les gestionnaires entendent gouverner uniquement sur la base des seules données quantitatives supposément à même de dire la vérité du travail sans devoir en passer par une connaissance concrète de l'activité des salariés. Pour imposer leur conception de la direction, désignée désormais sous le nom de gouvernance, ils ont introduit un certain nombre de dispositifs que j'ai rencontré dans cet hôpital psychiatrique (évaluation individualisée des performances, critères de qualité totale, normalisation et standardisation des modes opératoires, etc.). De plus, c'est un nouveau langage auquel nous avons à faire qui, de mon point de vue, bloque le déploiement de la démarche participative telle que nous l'entendons. C'est-à-dire un langage managérial et gestionnaire qui disqualifie le langage de l'activité et donc le rapport au réel. Il n'y a qu'à entendre ce que rétorque la ministre de la Santé, lorsqu'on lui rapporte des éléments du vécu des soignants dans les hôpitaux psychiatriques : *« on ne peut pas raconter que dans nos hôpitaux, aujourd'hui, des patients échappent complètement à une certification »*.

En résumé, comment penser une démarche participative, non-instrumentalisée, dans un contexte où nous sommes privés du matériau de base de nos interventions : le langage de l'activité. Pour le dire autrement, comment penser notre pratique dans ce que François Daniellou nomme *« les usines à silence et à mensonge »*.

Pour terminer, il existe une dimension importante de l'action que je souhaite vous raconter et aborder avec vous. À la fin du travail d'enquête, je constate le plaisir que les participants ont à se retrouver lors des séances d'investigation mensuelles, mais également l'importance qu'a progressivement prise pour eux ce travail de perlaboration collective. En d'autres termes, au fur et à mesure des séances, je sens que la confiance commence à se recomposer, fondée sur des coopérations concrètes et discrètes. Les participants expliquent, à l'instar d'ailleurs de ce que je

constate dans d'autres enquêtes, que ce travail leur a permis de sortir de la solitude. Je cite une des participantes : « *maintenant, je ne suis plus toute seule. Il y a comme une nouvelle solidarité entre nous* ». D'autres participants racontent comment ils parviennent à renouer des discussions sur les patients avec des collègues avec lesquels ils ne parvenaient pourtant plus à discuter jusque-là. En outre, ils se mobilisent aussi dans un travail de lecture d'articles et d'ouvrages pouvant leur permettre d'approfondir leurs connaissances sur les questions spécifiques liées à la souffrance au travail.

Après la restitution avec le Comité de Direction, pendant laquelle ils essayent d'argumenter et de décrire la situation telle qu'ils la vivaient, ils sont déstabilisés, et pour certains en colère d'avoir fait l'expérience de ce mépris fondé sur le déni du réel et de leur intelligence. Toutefois, ils ne se découragent pas pour autant et décident, quelques semaines plus tard, de prendre rendez-vous auprès du médecin du travail pour lui exposer leur souhait de se servir tout de même du rapport et de le restituer à leurs collègues. Le médecin du travail, qui a été bouleversé par la dureté du déni opposé aux participants lors de la restitution, les encourage vivement et leur propose même d'utiliser les locaux du service de santé au travail si nécessaire. La direction refuse désormais de leur accorder l'autorisation de restituer le travail directement aux autres collègues des autres unités. Ils me contactent alors et me demandent si je peux participer à des réunions, ce que j'accepte. Ils m'expliquent ainsi avoir réussi à « construire quelque chose » et m'indiquent qu'ils sont prêts à le partager avec les collègues y compris par des voies clandestines. Aujourd'hui, leurs actions continuent et ils s'engagent dans les voies d'une résistance discrète pour accroître la coopération fondée sur le faire et la description subjective du travail. Peut-être est-ce là une des voies du maintien de « l'éthique de la citoyenneté » qui nous est si chère, mais aussi peut-être une manière de continuer à se poser la question chère à Alain Wisner. Il se posait la question : « *qu'est-ce que la société attend de nous ?* ». Peut-être que ces questions pourraient nous permettre de ne pas sombrer à notre tour dans l'expérience douloureuse de la souffrance éthique.

Merci