HAL
open science

Le temps de la fatigue

Marc Loriol

To cite this version:

Marc Loriol. Le temps de la fatigue : La gestion sociale du mal-être au travail. Economica, pp.293, 2000, Sociologiques, Didier Fassin et Pierre Aïach. halshs-00799924

HAL Id: halshs-00799924

https://shs.hal.science/halshs-00799924

Submitted on 12 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Marc Loriol, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos, col. « Sociologiques », 392 p., 2000.

Introduction

En 1796, le physicien suisse Horace Bénédicte de Saussure (l'arrière-grand-père du linguiste) écrivait, dans son *Voyage dans les Alpes* : « Un autre effet de cet air subtil des montagnes, c'est l'épanouissement subtil qu'il produit [...]. La fatigue, sans doute même dans les plaines, provoque le sommeil, mais non pas avec autant de promptitude, surtout lorsqu'elle semble absolument dissipée, comme elle paraît l'être dans les montagnes, dès que l'on a pris quelques moments de repos » (cité par Rauch, 1995, p. 73). Le développement, dans la deuxième partie du XVIIIe siècle, parmi les couches aisées de la population, des promenades en montagne ou en forêt, des bains de mer, est l'occasion de discours nouveaux sur la fatigue : une fatigue particulière, produit de la marche au grand air ou d'une activité sportive librement consentie, est distinguée de la fatigue des villes, plus difficile à récupérer. Le thème de la spécificité de la fatigue liée aux marches dans la nature est également important dans *Les confessions*, de Jean-Jacques Rousseau, publiées en 1782 après sa mort. Contre la fatigue du travail intellectuel qui « l'épuise », Rousseau note que « la marche a quelque chose qui anime et avive mes idées : je ne puis presque penser quand je reste en place ; il faut que mon corps soit en branle pour y mettre son esprit. La vue de la campagne, le grand air, le grand appétit, la bonne santé que je gagne en marchant... Tout cela dégage mon âme... me donne une plus grande audace de penser ». La nature est présentée comme le meilleur remède contre la fatigue intellectuelle : « Pour moi c'est surtout à mon lever, affaissé par mes insomnies, qu'une longue habitude me porte à cette élévation du cœur qui ne m'impose point la fatigue de penser. » Pour de Saussure comme pour Rousseau, la fatigue provoquée par la marche pourrait donc constituer un remède contre la fatigue de la vie en ville ou du travail intellectuel ; il serait donc possible de distinguer une bonne fatigue d'une mauvaise. Cette représentation qui était au XVIIIe siècle l'apanage d'une petite élite a pu être observée en 1997-98 au cours d'entretiens menés avec des infirmières hospitalières : pour beaucoup d'entre elles, en effet, le

meilleur moyen d'évacuer la fatigue provoquée par un travail « stressant » est de faire du sport, si possible en contact avec la nature. La « bonne fatigue » contre la « mauvaise fatigue » encore une fois.

Le développement de l'idée de mauvaise fatigue a à voir avec le déclin de l'effort musculaire et la construction d'une représentation mythique de l'activité physique perçue comme saine. Ainsi David Le Breton (1990, p. 168 et 169) écrit-il : « Pendant des millénaires, et encore aujourd'hui dans la plus grande partie du monde, les hommes ont marché pour se rendre d'un lieu à un autre, ils ont couru, nagé, ils se sont dépensés dans la production quotidienne des biens nécessaires à la survie de leur communauté. Jamais sans doute comme aujourd'hui dans les sociétés occidentales, n'a-t-on aussi peu utilisé la motilité, la mobilité, la résistance physique de l'homme. La dépense nerveuse (stress) a pris historiquement la place de la dépense physique. L'énergie proprement humaine (c'est-à-dire les ressources du corps) est rendue passive, inutilisable, la force musculaire est relayée par l'énergie inépuisable fournie par les dispositifs technologiques [...]. Dans la vie quotidienne, le corps est plus souvent vécu sur le mode de l'encombrement, de l'obstacle, source de nervosité ou de fatigue, que sur le mode de la jubilation ou de l'écoute d'une possible musique sensorielle. Les activités du sujet consomment davantage d'énergie nerveuse que d'énergie corporelle. D'où l'idée commune aujourd'hui de bonne fatigue (liée aux activités physiques) et de mauvaise fatigue (liée à la dépense nerveuse). » L'objet de ce livre est de tenter de rendre compte de la construction sociale et de la diffusion de cette représentation particulière de la fatigue.

La fatigue est aujourd'hui devenue un leitmotiv des média grand public comme des conversations de tous les jours. Notion banale et largement répandue, elle sert à exprimer un mal-être diffus, de plus en plus perçu à travers le prisme des savoirs médicaux et psychologiques. Lors d'une étude menée en 1988 auprès de 164 cadres, ouvriers et employés de la ville de Villeneuve d'Asq (Aïach et Cèbe, 1991), il était demandé, au cours d'un premier entretien, de quels symptômes – parmi une liste de symptômes courants proposée par l'enquêteur – les personnes interrogées souffraient, ou avaient souffert, de façon permanente ou fréquente. Citée par 63,5% des répondants, la fatigue apparaît

comme le symptôme le plus fréquent. De plus, 9% des personnes interrogées ont déclaré que la fatigue constituait « un problème de santé ». D'après la même enquête, enfin, la dernière consultation médicale passée aurait eu comme motif principal, dans 6% des cas, la fatigue[1]. Comment comprendre l'importance de la fatigue dans notre société ?

La maladie, comme l'a montré Talcott Parsons (1955), entraîne un certain nombre de conséquences importantes pour l'ordre social : le malade est en effet souvent dans l'incapacité d'honorer tout ou partie des obligations de ses rôles sociaux habituels, notamment professionnels et familiaux ; il devient donc dans une certaine mesure un déviant. Cette déviance potentielle que représente la maladie doit être gérée collectivement et c'est une des fonctions de la médecine moderne de contrôler, en principe à partir d'un savoir neutre et objectif, l'accès au rôle de malade, c'est-à-dire le droit de ne pas être tenu pour responsable de son état et de pouvoir bénéficier de la compassion d'autrui. Si ce modèle fonctionne tant bien que mal pour la maladie organique et aiguë, il devient nettement plus problématique dès qu'il s'agit d'états de mal-être moins bien définis. La fatigue pose donc ainsi d'emblée la question de la régulation sociale des états subjectifs et de leur gestion par la médecine.

Cette question est d'autant plus importante que la fatigue, surtout celle qui résulte du travail, témoigne d'une dimension importante de la vie sociale des sociétés industrielles et postindustrielles puisqu'elle exprime, en quelque sorte, les fondements corporels et psychiques de l'action humaine et plus particulièrement les limites des capacités et de la motivation de l'homme en tant que producteur. Dès la fin du XIXe et plus encore au début du XXe siècle, des médecins, des physiologistes et quelques ingénieurs[2] ont cherché à mettre en évidence les lois de fonctionnement du « moteur humain » pour déterminer notamment le seuil, variable suivant les individus et les activités, à partir

---

[1] Pour d'autres statistiques sur la fatigue, voir l'annexe 3 en fin d'ouvrage.

[2] Les plus souvent cités sont probablement l'italien Angelo Mosso (1846-1910) inventeur de l'ergographe, un des principaux appareils de « mesure » de la fatigue physique ; Jules Etienne Marey (1830-1904), dont les recherches de physiologie firent un des précurseurs du cinématographe, ou encore Jean Maurice Lahy, un des premiers critiques du « système Taylor » (par exemple dans Lahy, 1916). Pour plus de précisions, se reporter au chapitre 2.

duquel l'effort fourni lors du travail devient tel qu'il peut représenter un danger pour la santé et, finalement, être contre-productif car destructeur des capacités de travail. A travers ces recherches, ce n'est pas un simple savoir physiologique qu'il s'agit de développer, mais surtout une ambition politique et sociale : fixer, sur un mode apparemment « neutre et scientifique », la norme biologique permettant de déterminer de façon optimale, en fonction des « dépenses d'énergie », la durée et la rémunération du travail. Ainsi, les conflits entre capitalistes et prolétaires pourraient être dépassés par un compromis à la fois juste et rationnel.

Ces recherches, délaissées à partir des années 1930, n'ont jamais pu apporter de réponses à la hauteur des espoirs et des ambitions exprimées. La cause principale de cet échec est la dimension subjective de toute fatigue. Ainsi, malgré l'ingéniosité dont ont fait preuve ces chercheurs pour mettre au point des dispositifs de mesure de la fatigue musculaire, puis de la « fatigue nerveuse », il est resté pratiquement impossible d'établir une corrélation stable et significative entre les mesures de fatigue ainsi obtenues et les déclarations (subjectives) des sujets à propos de leur niveau de fatigue. Il est apparu que la fatigue ne pouvait pas être déterminée par une simple norme physiologique. Le seuil à partir duquel la fatigue liée à une activité physique ou intellectuelle est ressentie comme excessive ou malsaine dépend, pour une part, du sens qui va être attribué à cette sensation, lui-même lié au sens, pour le sujet, de l'activité qu'il réalise. C'est pourquoi cette « limite » que représente la fatigue comporte une dimension psychosociale incontournable liée notamment aux représentations de la santé, de la maladie, mais aussi du travail et plus généralement de la place de l'homme dans la société.

Il n'en reste pas moins que ces travaux effectués au tournant de notre siècle – ainsi que les représentations idéologiques qui les fondent – sont éclairants, dans leur dimension caricaturale, sur le fonctionnement de nos sociétés. Même si le « scientisme » dont faisaient preuve ces chercheurs peut aujourd'hui faire sourire, la science, les savoirs d'experts et notamment le savoir médical et psychologique, jouent un rôle de plus en plus important dans le processus d'élaboration des normes sociales. Nos actes sont de plus en plus orientés par le savoir médical et psychologique et la référence à des travaux médicaux est souvent un bon moyen de donner du poids, de la pertinence, à diverses revendications. Plus

largement les catégories de perception de la fatigue permettent de gérer collectivement et symboliquement les petites et grandes déviances sociales, les conflits qui résultent de cette incapacité objective ou subjective dans l'action que représente la fatigue.

La fatigue qui nous intéresse dans ce livre n'est pas la fatigue « physiologique » qui serait le résultat d'un simple effort musculaire, ni la fatigue symptôme qui accompagne la plupart des maladies bien définies, mais plutôt une fatigue subjective, perçue comme un phénomène pathologique « nouveau » provoqué par un certain mode de vie. L'ambition est de réaliser une généalogie, à partir d'un point de vue sociologique, de la représentation d'une « mauvaise fatigue » (celle des villes, du travail intellectuel, du « stress ») dans la société contemporaine. En effet, malgré l'extrême variété des théories et des conceptualisations de la fatigue comme problème de santé (qu'il s'agisse de la neurasthénie, du « syndrome de fatigue chronique » ou du « syndrome d'épuisement professionnel »), une distinction revient toujours, plus ou moins nettement, entre une fatigue normale, ou « bonne fatigue[3] », que l'individu doit pouvoir récupérer seul par le repos et une fatigue pathologique, ou « mauvaise fatigue », que le professionnel (médecin, psychologue) peut définir et éventuellement traiter. La « mauvaise fatigue », quelle qu'en soit la forme, est alors celle qui est médicalisable et l'étude de la médicalisation de la fatigue peut donc se faire à travers l'analyse de la construction sociale de l'idée de « mauvaise fatigue ». Un grand nombre de concepts, d'entités pathologiques, de situations seront analysés dans ce livre : entre l'acédie des moines au Ve siècle, la neurasthénie au XIXe, la fatigue industrielle au début du XXe et le stress des infirmières ou des conducteurs de bus de nos jours, le point commun est de distinguer une forme pathologique de fatigue, qui est aujourd'hui souvent appelée « mauvaise fatigue ».

Dans la plupart des ouvrages médicaux, une distinction est faite entre « fatigue normale » et « fatigue pathologique » plutôt

[3] Les concepts de « bonne fatigue » et de « mauvaise fatigue » ne seront pas utilisés dans ce livre comme des réalités empiriques mais comme des types idéaux nécessaires à la mise en ordre de données empiriques très hétérogènes (de l'acédie des moines au syndrome de fatigue chronique). C'est la raison pour laquelle, dans le titre comme dans l'introduction ces expressions sont mises entre guillemets. Par la suite, cette précaution ne sera plus de mise, le lecteur ayant été averti de la double qualité de type idéal et de représentation sociale de ce concept.

qu'entre « bonne » et « mauvaise » fatigue. Ces deux distinctions peuvent sembler proches l'une de l'autre et pour le sens commun il ne fait pas de doute qu'une « mauvaise » fatigue est une fatigue pathologique. La distinction entre normal et pathologique renvoie plutôt à des catégories d'analyse scientifiques tandis que la fatigue est d'abord une représentation de sens commun. Or c'est justement celle-ci qui nous intéresse ici car c'est elle qui est à l'origine des comportements de santé des individus et qui permet de comprendre l'inflation des discours, aussi bien professionnels que profanes, sur la fatigue. De plus, la fatigue est une notion qui apparaît difficile à formaliser dans l'univers scientifique : il n'existe pas, dans le discours médical, d'unanimité sur la définition de la « fatigue pathologique » et pour certains médecins cette notion n'aurait pas de sens. Parmi les médecins qui s'intéressent à des formes « pathologiques » de fatigue, le seul point commun qui peut être mis en évidence est finalement la distinction entre une fatigue provoquée par un effort et récupérée grâce au repos et une fatigue autre, non réparée par le sommeil et qui ne peut être expliquée par une pathologie organique indiscutable, c'est-à-dire, pour le sens commun, la « bonne » et « mauvaise » fatigue.

S'il n'est pas possible de définir *a priori* la fatigue, l'objectif de ce livre étant justement de mettre au jour les différentes façons dont les acteurs sociaux construisent le sens de leur fatigue avec le concours éventuel des entités médicales disponibles, les types idéaux de « bonne » et de « mauvaise » fatigue peuvent servir de guide pour mieux comprendre les structures de notre représentation actuelle de la fatigue[4]. Il ne s'agit pas de présenter une quelconque définition de termes médicaux ou psychologiques, mais simplement de tenter une rationalisation de représentations vagues et imprécises qui sont à l'œuvre dans de nombreux discours sur la fatigue. La « bonne fatigue » est tout d'abord celle qui peut être surmontée grâce à un repos « normal ». Elle est le résultat

[4] Ces types ont été construits en accentuant et en organisant les caractéristiques que l'on retrouve le plus souvent dans les ouvrages médicaux contemporains sur la fatigue ainsi que dans les entretiens réalisés. Le choix de partir des représentations professionnelles et profanes actuelles de la fatigue se justifie pour deux raisons. Tout d'abord l'hypothèse est faite ici que la représentation que nous avons aujourd'hui de la distinction entre bonne et mauvaise fatigue résulte d'un long processus de construction historique et sociale. Ensuite, de la même façon que Max Weber commençait l'étude des formes de domination par la présentation légale rationnelle, il est judicieux de partir des représentations actuelles qui nous sont les plus accessibles et les plus familières.

d'une activité « saine », « naturelle », c'est-à-dire n'étant pas vécue comme une contrainte imposée à l'individu mais comme une activité « librement » choisie (même s'il s'agit d'une contrainte intériorisée), ou faisant partie de l'ordre des choses, donc n'ayant pas à être questionnée. En ce sens, la « bonne fatigue » est perçue comme participant d'une vie en harmonie avec la « nature » (grands espaces, air pur, etc.) et en accord avec la « nature humaine ». Elle est la résultante d'un effort physique ou musculaire plutôt que d'une « dépense nerveuse ». Elle peut tout de même suivre un travail intellectuel, mais dans ce cas elle est, encore plus souvent que pour le travail physique, associée à un sentiment de « devoir accompli » et d'obtention d'un résultat positif, ou elle est le résultat d'une activité vécue comme agréable. Une forme typique de « bonne fatigue » est celle qui résulte de la pratique d'un sport, vécue comme librement consentie. Non seulement la « bonne fatigue » est « normale » car elle disparaît rapidement, le plus souvent après une bonne nuit de sommeil, mais en plus, par une sorte de « loi de Gresham » inversée, la « bonne fatigue » chasse la « mauvaise », car elle permet un sommeil profond, réparateur et de qualité. Elle est donc plus que « normale ». La « mauvaise fatigue », au contraire, est plus souvent durable – les médecins disent chronique –, elle n'est pas éliminée par le sommeil et il arrive même qu'elle soit ressentie dès le matin. Son origine est plus « nerveuse » ou psychologique que physique ou musculaire. Elle est souvent ressentie comme le résultat d'une agression sociale qui empêche un mode de vie qui serait conforme à la « nature humaine » ; par exemple le travailleur obligé de rester immobile et très concentré durant plusieurs heures. La notion de stress occupe une grande place dans l'étiologie de la « mauvaise fatigue ». Le stress des grandes villes serait ainsi une cause typique et exemplaire de « mauvaise fatigue ». L'agression sociale est en effet vécue comme difficilement évitable et l'individu se sent obligé de « prendre sur lui ». C'est le cas, pour prendre un autre exemple, de l'infirmière qui se retient de répondre à un malade incivil et éprouve de ce fait un conflit interne. La mauvaise fatigue peut être supprimée, après un certain temps, par un retour à un mode de vie « plus sain » ou par l'appel à un professionnel (médecin, psychologue, etc.), qui apparaît alors comme une alternative si des changements dans l'environnement social ne sont pas envisagés.

Les notions de « mauvaise fatigue » et de « bonne fatigue » sont indissociables ; elles forment en quelque sorte système : il n'est pas possible de concevoir l'idée de « mauvaise fatigue » sans l'idée de « bonne fatigue » et réciproquement. Avant cette opposition, la fatigue n'était ni bonne ni mauvaise mais simplement inévitable, comme si elle faisait nécessairement partie de la condition humaine[5] : vivre c'est se fatiguer puis mourir. Deux autres types idéaux, occupant une position intermédiaire entre « bonne fatigue » et « mauvaise fatigue » peuvent être proposés pour les besoins de l'analyse : « le surmenage » et « l'usure ». Le « surmenage » serait le résultat d'un excès de « bonne fatigue » tel que les capacités de récupération qu'offre le repos ne sont plus suffisantes pour éliminer la fatigue. « L'usure » est le résultat d'une accumulation, sur plusieurs années, d'une « bonne fatigue » excédant quotidiennement, mais de façon limitée et parfois faiblement perceptible à court terme, les capacités de récupération par le repos. Il est bien évidemment possible d'être usé ou épuisé du fait d'une « mauvaise fatigue », mais, dans ce cas, il ne s'agit plus de catégories nouvelles mais simplement de conséquences de la « mauvaise fatigue ».

Une hypothèse importante, dans ce livre, est que le développement de la notion de « mauvaise fatigue », son extension à différents groupes sociaux, des moines du haut Moyen-âge aux jeunes cadres dynamiques américains après 1984, peut être interprété dans le cadre du processus de civilisation décrit par Norbert Elias. L'idée centrale d'Elias est que l'augmentation constante des réseaux d'interdépendances qui lient entre eux les individus se traduit, pour ces derniers, par la nécessité d'exercer sur leurs pulsions, leurs désirs, leur corps une autocontrainte de plus en plus forte et de plus en plus intériorisée ; ils sont obligés de se civiliser. Un sentiment de « mauvaise fatigue » peut en résulter pour au moins deux raisons. D'une part, la mauvaise fatigue est le produit d'une contrainte sociale qui n'est pas encore totalement intériorisée, la société pèse sur l'individu parce que celui-ci se sent distinct de celle-là[6]. L'individuation est en effet un élément

[5] Le philosophe Jean Louis Chrétien (1996) montre bien que dans l'antiquité grecque et romaine, la fatigue est la marque de la condition humaine par opposition à la condition divine marquée par l'infatigabilité.

[6] Dans une étude menée au début des années 1960 sur les représentations de la maladie en France, Claudine Herzlich (1969) montre comment celles-ci sont structurées

important du processus de civilisation. D'autre part, la « mauvaise fatigue » porte en elle un jugement de valeur : elle est le résultat d'un « mauvais » comportement ou d'un mode de vie malsain, alors que la « bonne fatigue » est le résultat d'une activité « saine ». La « mauvaise fatigue » exprime donc, à la fois, une souffrance banale et quotidienne et sa normalisation. Lorsque de nouvelles interdépendances font peser de nouvelles contraintes sur les individus, jusqu'à ce que celles-ci soient perçues comme normales, naturelles, l'individu exprime ses difficultés entre autres moyens à travers une impression de fatigue. Mais cela constitue déjà le premier pas vers l'intériorisation de la contrainte, vers l'autocontrainte. La « mauvaise fatigue » exprime en quelque sorte l'idée de fatalité, d'une contrainte contre laquelle on ne pense pas avoir la possibilité de se révolter ou d'agir. C'est en ce sens que la « mauvaise fatigue » apparaît pour certain comme une « maladie de la volonté », selon l'expression de Théodule Ribot (1883). Cette contrainte, qui n'est pas encore devenue « naturelle » et contre laquelle on ne peut agir, est responsable d'une souffrance que l'étiquette médicale permet justement d'exprimer.

En ce sens, l'idée de « mauvaise fatigue » se construit parallèlement à la diffusion de l'autocontrainte. C'est pourquoi chaque groupe social, chaque époque, chaque société possède sa propre mise en forme de l'idée de « mauvaise fatigue », adaptée à la configuration sociale particulière dans laquelle il ou elle se trouve. Le *burn out* des infirmières est ainsi un bon exemple d'une entité pathologique qui semble taillée sur mesure pour cette catégorie coincée entre les malades, les aides-soignantes et les médecins. De même, il n'est pas étonnant que les moines anachorètes soient les premiers, avec l'acédie, à exprimer quelque chose d'approchant notre notion actuelle de mauvaise fatigue. La mélancolie romantique des chevaliers devenus courtisans décrite par Norbert Elias s'inscrit dans la même logique. Sa traduction bourgeoise trouve sa plus parfaite illustration chez Rousseau, le grand précurseur des discours sur la « mauvaise fatigue ». Avec la

par l'opposition entre ce qui vient de l'individu et est naturellement sain et un mode de vie imposé par la société, notamment en ville. Le mode de vie moderne agit par une sorte « d'intoxication » de l'individu et le rend finalement malade. Pour l'anthropologue Sylvie Fainzang (1989, p. 86) ce modèle de « mise en accusation de la société se développe à proportion de l'adhésion du malade à la culture occidentale ». De telles représentations sont anciennes et l'on en retrouve déjà la trace chez Rousseau.

neurasthénie de la fin du XIXe siècle, la « mauvaise fatigue » est toujours l'apanage des seules couches sociales aisées. Si la fatigue ouvrière est étudiée, ce n'est encore que sous la forme du « surmenage » tandis que les revendications portent sur « l'usure » plus que sur l'expression d'une « mauvaise fatigue ». C'est la psychopathologie du travail et surtout le concept de stress qui permettent de penser et d'exprimer la « mauvaise fatigue » dans différentes couches de la population. Le stress devient alors le concept suprême pour exprimer les interdépendances, le poids de la société sur l'individu. On le rencontre, au moins dans les discours, au plus haut point dans les secteurs professionnels où l'interdépendance est une donnée immédiate et incontournable de l'activité comme dans les métiers relationnels. C'est pourquoi l'exemple de la « mauvaise fatigue » liée au stress des infirmières, parfois appelée *burn out* ou épuisement professionnel, sera particulièrement privilégié dans ce livre.

C'est dans le domaine du travail, en effet, que les formes d'expression de la « mauvaise fatigue » semblent les plus intéressantes à étudier pour une première recherche sur le sujet. Deux raisons au moins peuvent justifier un tel choix : d'une part, la fatigue au travail permet bien de mettre à l'épreuve le lien entre processus de civilisation et montée en charge des discours sur la fatigue et, d'autre part, le travail est un objet relativement bien constitué au sein de la sociologie. Le travail dans la société contemporaine est à la fois contrainte et autocontrainte. La contrainte résulte de notre organisation économique et sociale qui fait que l'activité productive est une nécessité pour la plupart d'entre nous. Mais, dans le même temps, le travail forcé a formellement disparu et surtout l'activité laborieuse s'inscrit de moins en moins dans la reproduction de la tradition comme pouvait l'être l'activité agricole des sociétés traditionnelles. Le sens du travail n'est plus donné une fois pour toute mais doit être de plus en plus construit à travers les relations sociales et les représentations partagées. Dans ce cadre, les discours sur la « mauvaise fatigue » peuvent jouer un rôle important. Par ailleurs, la fatigue est un objet encore peu étudié par la sociologie et les rares travaux qui abordent cette question le font essentiellement

dans le cadre de l'analyse du travail marchand[7]. La sociologie du travail apporte en effet de nombreux concepts, des résultats précis d'enquêtes de terrains (notamment sur les ouvriers et les infirmières) et des analyses détaillées qui sont particulièrement utiles pour comprendre les causes éventuelles de fatigue et les formes que prend son expression (médicalisation, revendications collectives, etc.). Appuyer la conceptualisation d'un objet aussi fluctuant et mal défini que la fatigue sur un champ mieux constitué de la discipline permet d'avancer avec plus de sûreté. C'est pourquoi, dans ce livre, la fatigue au travail sera privilégiée.

La distinction entre « bonne » et « mauvaise » fatigue semble ne pas toujours avoir existé telle que nous la connaissons aujourd'hui. Elle peut même être considérée comme le résultat d'une longue élaboration historique (chapitre 1). La « mauvaise fatigue » parait en effet rester la caractéristique de groupes sociaux précis et de scènes sociales bien particulières, comme le montre la comparaison entre les discours sur la fatigue des ouvriers et des infirmières. Quels sont les acteurs et les mécanismes sociaux en jeu dans les différentes formes d'objectivation de la fatigue au travail ? Les initiatives des quelques médecins ou psychologues spécialisés sur la question ne suffisent pas à elles seules. Si les entités pathologiques décrites par les professionnels ne correspondent pas aux attentes et à ce que ressentent les profanes, celles-ci n'auront guère de succès. Par ailleurs, l'intérêt même des professionnels pour tel ou tel thème de recherche est pour une part orienté par les interrogations, les angoisses et les souffrances qui traversent la société dans laquelle vivent et travaillent ces professionnels. Il faut comprendre comment la situation sociale peut être à l'origine de nouvelles insatisfactions et de souffrances personnelles et pourquoi celles-ci s'expriment sous la forme d'une « mauvaise fatigue ». En ce qui concerne l'activité professionnelle, qui a été choisie ici comme terrain privilégié, la problématique est la suivante : le travail fatigue, c'est sa figure classique, mais quand

[7] A l'exception du livre de Jean-Claude Kaufmann (1997) et de celui d'Alain Ehrenberg (1998). Ce dernier livre a été publié au moment où je soutenais ma thèse et a confirmé, malgré une méthodologie très différente, un certains nombre de mes hypothèses. Toutefois, la thèse exprimée par Ehrenberg selon laquelle la montée en puissance des préoccupations pour la fatigue dépressive serait à associer essentiellement à l'ébranlement des traditions et des normes morales depuis les années 1960 me semble insuffisante.

la fatigue est perçue comme une « mauvaise fatigue », le travailleur exprime un sentiment ambivalent : d'une part, le poids des contraintes sociales est jugé excessif, et, d'autre part, il ne peut concevoir d'agir sur ces contraintes. Il lui semble qu'il ne peut s'y soustraire ni les remettre en cause par une action individuelle ou collective. L'appel à un professionnel de santé qui cherchera à résoudre à un niveau individuel cette double contrainte apparaît alors comme la seule solution. L'étude de la médicalisation et de la psychologisation de la fatigue au travail passe ainsi par celle des représentations du travail, du sens qui est donné à l'activité et aux contraintes qui sont ressenties et par l'analyse des formes de régulation collective propres à chaque groupe social. La régulation et le sens du travail sont très différents pour les ouvriers (chapitre 2) et les infirmières (chapitre 3). Les discours sur l'épuisement professionnel des infirmières, ou *burn out*, permettent, par contraste avec ceux d'autres catégories, d'illustrer et de rendre compte de la signification sociale des discours sur la « mauvaise fatigue » au travail. Enfin, si la médicalisation et la psychologisation de la « mauvaise fatigue » se traduisent par l'individualisation du problème et son transfert à un professionnel chargé de le gérer, il est possible d'y voir l'émergence d'un nouveau compromis social visant, en quelque sorte, à gérer les coûts humains des transformations sociales. Plus globalement, les interdépendances croissantes qu'engendre le processus de civilisation ont pour effet d'élever les exigences sociales d'autocontrôle tout en individualisant les processus identitaires : le travailleur doit être capable de s'adapter à des situations de plus en plus complexes de coopération avec autrui tout en étant son propre gestionnaire, son propre maître. Cette apparente contradiction est surmontée grâce à l'effet symbolique du savoir médical et psychologique qui transmue les conséquences de cette transformation globale en troubles individuels gérés de façon consensuelle (chapitre 4).

Pour rendre compte de l'évolution des représentations sociales de la fatigue à travers le temps et dans différents groupes sociaux, les moyens d'investigation empiriques mis en œuvre sont variés : entretiens, recherche de documents historiques, lecture de travaux scientifiques, de la presse, etc. Tout d'abord, des entretiens[8] ont été

[8] Pour une présentation précise de l'ensemble des entretiens utilisés, voir annexe 1.

réalisés avec différents professionnels intéressés par la prise en charge médicale de la fatigue (généralistes, psychiatres, médecins du travail, psychologues, etc.). Ces entretiens ont pour objectif d'explorer les raisons qui ont conduit au choix de la fatigue comme objet d'étude et de mettre au jour les choix méthodologiques opérés. Dans ce cadre, une attention particulière a été accordée au travail de construction de nouvelles entités pathologiques autour des questions de fatigue et de stress. Ces entretiens sont complétés par la lecture des nombreux travaux médicaux sur la question, qu'ils soient destinés aux professionnels ou aux profanes. Cette étude de la pensée médicale sur la fatigue permet de mieux comprendre comment les catégories médicales ou psychologiques viennent mettre en forme la perception qu'ont les individus de leur fatigue.

Une enquête plus précise a été ensuite menée auprès de deux catégories professionnelles souvent associées aux problèmes de fatigue et de stress – les ouvriers d'industrie et les infirmières – afin de rendre compte de leurs représentations sociales de la fatigue et du stress ; ainsi que des responsabilités imputées ou ressenties dans le cadre des configurations d'interdépendances propres à ces groupes et enfin de l'utilisation – ou non –, de la médecine ou de la psychologie pour y faire face. Une étude sur le *burn out* et le stress des infirmières de deux hôpitaux de la région parisienne (l'hôpital Max Fourestier de Nanterre et l'hôpital Laënnec à Paris) a ainsi été conduite à partir d'entretiens avec des infirmières et différents acteurs concernés par cette question (hiérarchie hospitalière, médecin du travail, responsables du ministère de la Santé et de l'AP-HP[9], etc.). L'importance des débats et des travaux sur le stress à l'hôpital et la proximité des représentations de la fatigue dans ce milieu avec le type idéal de la « mauvaise fatigue » justifient le choix de cette catégorie. Quelques entretiens menés auprès de travailleurs sociaux ont pour objectif d'apporter des éléments de comparaison. Quant à l'étude sur la fatigue des ouvriers de production, elle n'a pas donné lieu à une campagne spécifique d'entretiens mais a été effectuée grâce à l'utilisation de la littérature sociologique sur la question et l'analyse d'entretiens menés dans le cadre d'autres recherches : une série d'entretiens (réalisés par Anne-Marie Guillemard et son équipe)

[9] Les sigles utilisés dans ce livre sont développés dans l'annexe 4.

auprès d'ouvriers et ouvrières d'entreprises de trois secteurs différents (construction d'ameublement, bâtiment et construction automobile), ainsi que des entretiens réalisés sous ma direction par des étudiants de DEUG dans le cadre de travaux dirigés de sociologie. Dans les deux cas, des questions ont été posées sur la fatigue, la pénibilité du travail et le rapport au travail.

Cette recherche sur les représentations de la fatigue de deux catégories professionnelles est complétée par une enquête plus large auprès de différents acteurs sociaux (syndicalistes, représentants des employeurs, des pouvoirs publics, médecins du travail, etc.) sur les enjeux sociaux attachés à construction de la fatigue au travail comme problème de santé.

Les sources utilisées sont ainsi essentiellement des discours (entretiens, textes profanes ou professionnels sur la fatigue, textes officiels), plutôt que des statistiques ou encore des observations ethnologiques ou cliniques. Cela est le résultat d'un choix délibéré. La notion de « mauvaise fatigue » s'observe en effet d'abord, pour le sociologue, dans les discours et ce n'est qu'une fois que la logique interne des ces discours a été mise au jour, qu'il est possible de « remonter » aux situations sociales et aux souffrances qui en sont à l'origine. De même, les statistiques sur la fatigue ne peuvent être correctement interprétées qu'après avoir compris comment et par quelles voies la fatigue est objectivée. Toutefois, il n'est pas question ici de considérer que les plaintes ne sont que des discours sans liens avec les conditions objectives de vie ou de travail que connaissent les acteurs producteurs de ces discours, même si ces conditions objectives sont médiatisées par la subjectivité des acteurs.

L'objet de cette étude est donc la construction sociale des représentations ou des « connaissances » tant des professionnels que des profanes sur la « mauvaise fatigue ». Le terme de connaissance (comme l'adjectif « cognitif ») est ici pris dans le sens large qui lui est donné par Berger et Luckmann (1986), c'est-à-dire l'ensemble de ce que l'individu sait de la réalité du monde. C'est la compréhension de ce savoir qui doit permettre d'accéder à l'intelligibilité des pratiques et des opinions observables dans les statistiques, des comportements individuels ou collectifs voire même des tableaux cliniques élaborés en coproduction par les professionnels et les profanes.

Si les formes discursives et la construction sociale des catégories de perception de la fatigue constituent l'objet principal de ce livre, il n'est à aucun moment question de nier les enjeux sociaux, économiques et politiques du problème. Concernant la fatigue au travail, l'évolution des conditions de travail depuis quinze ans, qui prend surtout la forme d'un accroissement de la pression productiviste et d'une intensification des rythmes de travail, contribue à l'aggravation des contraintes physiques et psychiques et donc de la fatigue. Ainsi, de 1984 à 1991, la part des ouvriers travaillant sous contrainte automatique est passée de 17% à 20%, celle de ceux qui déclarent rester longtemps debout de 68% à 73%. La part des ouvriers ne devant pas quitter leur travail des yeux passe de 36% à 51%, tandis que celle des ouvriers qui déclarent « porter des charges lourdes » passe de 32% à 46%. Enfin, 38%, contre 22% en 1984, déclarent rester longtemps dans une posture pénible (*Données sociales*, 1993). Si cette dégradation des conditions de travail relève pour une part d'appréciations subjectives (Gollac, 1997), l'augmentation de la charge de travail et la réduction des délais de récupération engendrent une certaine désorganisation des gestes et des procédures habituelles et poussent souvent les salariés à adopter des mouvements ou des postures peu adaptés (Gollac, 1997), tandis qu'ils ont de plus en plus de difficultés à mettre en œuvre des stratégies de préservation de soi face à la fatigue. Ces phénomènes ont été mis en évidence aussi bien à propos des infirmières (Lert, 1991 ; Estryn-Béhar, 1997) que des chauffeurs routiers (Pouy, Hamelin et Lefevbre, 1993 ; Ocqueteau et Thoenig, 1997).

Par ailleurs, la montée en puissance des discours et de l'intérêt médical pour la fatigue est également une conséquence de l'action des laboratoires pharmaceutiques pour accroître le marché de la fatigue et de la souffrance mentale. Les messages des laboratoires pharmaceutiques sont tournés vers deux catégories de public : le grand public, à travers la publicité dans les grands média, et les médecins généralistes à travers le travail des visiteurs médicaux et la publicité spécialisée. Bien que critiques vis-à-vis de ces deux sources d'information, les généralistes en sont tout de même dépendants et y ont largement recours pour rester au courant des « nouvelles » spécialités, car leur clientèle attend d'eux qu'ils les connaissent. L'action à destination des médecins généralistes porte en grande partie sur cet ensemble mal-défini qui va de la mauvaise

fatigue ou d'un mal-être diffus jusqu'à des troubles anxio-dépressifs plus ou moins caractérisés. Si ce « marché des troubles de l'humeur » dépasse le simple marché de la fatigue, une plainte de fatigue durable peut tout à fait conduire le médecin généraliste à prescrire un ou plusieurs médicaments psychotropes. Pour assurer leurs parts de marché et accroître les ventes, les laboratoires pharmaceutiques diffusent deux types de messages auprès des omnipraticiens : d'une part, les convaincre d'élargir la gamme des indications normalement spécifiées pour tel ou tel médicament psychotrope et, d'autre part, persuader les médecins que les « signes précoces » de troubles de type anxio-dépressif ou de simple mal-être peuvent être le commencement de problèmes beaucoup plus graves qu'il convient de prendre au sérieux. Par exemple, le travail des visiteurs médicaux, relayé par des études financées par le laboratoire qui commercialise le produit, consiste à convaincre les médecins que tel médicament dont l'indication thérapeutique (prévue par l'autorisation de mise sur le marché) est le traitement de dépressions caractérisées, peut aussi être efficace en cas de fatigue liée à des insomnies. De nombreux médicaments psychotropes sont ainsi prescrits pour des troubles qui vont au-delà de ceux pour lesquels le produit est officiellement prévu (Zarifian, 1996). Les médecins peuvent être confortés dans cette pratique par des résultats apparemment positifs du fait du très important « effet placebo » pour ce type de troubles. En plus d'élargir l'indication d'un produit particulier, il est important pour les producteurs de médicaments de créer de nouvelles indications. Cela est possible en incitant le praticien à distinguer entre des entités différentes de fatigue, d'angoisse ou de dépression. Beaucoup de « nouveaux produits » n'étant pas en fait de véritables nouveautés (des nouvelles molécules), le laboratoire, pour se distinguer de ses concurrents, pour souligner l'intérêt de son produit, cherche à mettre en évidence de nouvelles indications sur lesquelles il n'y aurait pas encore de molécules disponibles. Sensibilisé à de petites variations dans la symptomatologie, le médecin généraliste aura alors plus de chance de mettre une étiquette sur telle ou telle plainte de ses patients, puisqu'à cette étiquette correspondra tel ou tel traitement. Ensuite, « le lobbying d'environnement consiste à induire par des techniques de communication sophistiquées, bien souvent à l'échelle mondiale, des représentations de la clinique, de la pathologie elle-même et de son contexte, ainsi que du

traitement, qui soient les plus favorables possible à la prescription médicamenteuse » (Zarifian, 1996, p. 31). Ainsi, plusieurs travaux, dont la méthodologie est parfois discutable, ont été publiés sur la dépression, le suicide et l'intérêt de traitements médicamenteux précoces des troubles dépressifs. L'objectif est de favoriser chez le médecin généraliste le raisonnement suivant : « Ce malade anxieux ou souffrant d'une fatigue durable inexpliquée par des causes organiques connues est peut-être en train de commencer une dépression ; si celle-ci n'est pas traitée à temps, elle risque de se chroniciser, voire de déboucher sur des problèmes très graves comme le suicide ; or il existe des traitements efficaces pour les troubles dont se plaint mon patient, je dois donc les prescrire ». Il s'agit, en quelque sorte, de culpabiliser le généraliste qui ne prescrirait pas de médicaments psychotropes à ses patients venus se plaindre de fatigue ou de mal-être diffus. Ce type de communication vient bien évidemment compléter l'information sur le produit et la boucle est bouclée. Le grand public peut aussi être touché par le « lobbying d'environnement », des articles sur les liens entre dépression et suicide ou sur de nouveaux médicaments, tels le Prozac, ou de nouvelles substances comme la mélatonine de synthèse ayant été publiés dans la presse grand public. La polémique menée en France, en 1995, autour de la mélatonine de synthèse témoigne de ce phénomène. Deux ouvrages américains vantant jusqu'à l'extrême les multiples indications de cette hormone[10] sont à l'origine de ce débat. Cependant, la publicité étant interdite pour les médicaments remboursés et/ou vendus uniquement sur ordonnance, les messages à destination spécifique du grand public se limitent principalement à la publicité pour les fortifiants, les vitamines et les antifatigues, pris le plus souvent en automédication. La publicité à la télévision et dans les journaux pour les produits antifatigue est en général structurée autour d'un triple message : tout d'abord la fatigue est présentée comme un handicap social important (mauvaises relations avec les autres, moindres performances, etc.), ensuite il est expliqué que la fatigue constitue bien un problème médical et, enfin, il est affirmé qu'un médicament existe pour faire face à ce trouble. Finalement, la dualisation du marché de la fatigue, entre une prescription plutôt

[10] C'est la production par l'organisme de mélatonine que cherchaient à maîtriser avec l'exposition à la lumière, les médecins pratiquant la photothérapie pour lutter contre les « fatigues d'automne ».

centrée sur des médicaments psychotropes pour les généralistes et une autoconsommation de vitamines et autres défatigants et fortifiants, conduit les laboratoires pharmaceutiques à produire un discours spécifique pour chacun des publics. Pour les médecins le message porte sur les risques d'états dépressifs qui ne seraient pas diagnostiqués suffisamment tôt alors que pour le grand public le message consiste à souligner le fait que la fatigue est un handicap à la fois médical et social que la médecine et les laboratoires pharmaceutiques peuvent réduire. Cette double communication produit une dynamique tout à fait favorable à la médicalisation de la fatigue. Sensibilisés à la question de la fatigue, les patients sont incités à prendre les divers produits antifatigues non remboursés proposés dans les pharmacies ; mais ils sont aussi indirectement incités à parler de leur fatigue à leur médecin traitant, surtout si l'automédication ne donne pas les succès escomptés ; ce dernier risque alors de la médicaliser sous l'étiquette plus ou moins pertinente de « dépression » (Creminter, Guelfi, Fourestie et Fermanian, 1995, cités dans Zarifian, 1996).

L'intensification des rythmes de production et l'augmentation des pressions sur les salariés depuis la fin des années 1980 – qui s'inscrivent toutefois dans un mouvement séculaire d'amélioration des conditions de travail –, ainsi que les stratégies commerciales des laboratoires pharmaceutiques sont deux éléments contextuels qui ont favorisé, dans la période récente, la vitalité des discours collectifs sur la fatigue.

Chapitre I
La sociogenèse historique de la notion de mauvaise fatigue

Si la fatigue physiologique ou musculaire constitue probablement une réalité commune à tous les êtres humains, la façon dont la fatigue est perçue et décrite dépend largement de mises en formes collectives propres aux différentes périodes historiques. Cela est d'autant plus vrai que le sentiment de fatigue se déconnecte de l'effort physique, « s'autonomise » en quelque sorte, comme cela est le cas pour l'impression de mauvaise fatigue. La sensation d'épuisement, le manque de volonté à agir, les différents symptômes de mal-être physique, résultent alors de la perception subjective et ne sont plus seulement les conséquences d'une dépense physique objective. L'histoire des discours sur la fatigue permet de distinguer quelques grandes formes dont la diffusion dans les différentes sociétés peut être comprise dans le cadre de l'évolution des structures sociales. Il est donc possible de tenter une sociologie historique des discours sur la fatigue. Du VIe siècle à nos jours cette histoire peut être résumée par le recul de la figure de l'usure au profit de celle de la mauvaise fatigue ; processus qui n'est pas encore achevé aujourd'hui. Ce mouvement est celui de la modernité ou du processus de civilisation (Elias, 1973, 1975 et 1985). L'individualisation et le recul de l'emprise de la tradition, qui s'accompagnent à la fois de nouvelles autocontraintes et d'une injonction croissante à se construire soi-même, peuvent être exaltantes, mais aussi parfois « déprimantes ». Les règles de conduite, le sens de l'action ne vont alors plus de soi et le doute peut venir paralyser l'action. Le corps se fait lourd et la mauvaise fatigue s'installe.

Ce processus historique s'est étalé sur plusieurs siècles et n'a d'abord concerné que des catégories bien précises de la population. Aujourd'hui encore, le droit de se voir reconnaître sa mauvaise fatigue ne s'est pas totalement démocratisé. Le « stress » serait

ainsi l'apanage des cadres tandis que seul le travail relationnel est présenté comme responsable de cette forme particulière de mauvaise fatigue qui est qualifiée « d'épuisement professionnel ». La notion de mauvaise fatigue est donc attachée à la fois à des groupes sociaux particuliers – ceux qui sont à la pointe de la modernité, du mouvement de civilisation – et à une forme particulière d'activité, de travail : le travail de création, d'imagination, de relation avec autrui et de maîtrise de soi en dehors des anciennes voies tracées par la tradition ou la religion.

I – La figure de l'usure

Dans son acceptation commune, l'usure est l'accumulation au cours de l'existence des fatigues de la vie qui conduit à la mort. Elle témoigne donc de l'imperfection de la condition humaine, de notre condition de mortel. Dans un monde régi par la tradition, les discours sur la fatigue adoptent essentiellement la figure de l'usure. Cette représentation de la fatigue comme usure au cours de la vie est particulièrement ancienne. « En grec ancien, le verbe sans doute le plus courant pour dire se fatiguer ou être fatigué est *kammô*. Son participe aoriste, *kamontes*, ou son participe parfait, *kekmèkotes*, désignent les morts. Le dictionnaire de Bailly l'explicite ainsi : "Ceux qui ont supporté les fatigues de la vie" [...], comme si vivre n'était rien d'autre que se fatiguer » (Chrétien, 1996, p. 40). Le long poème qu'Hésiode rédige à la fin du VIIIe siècle avant JC, *Les travaux et les jours*, témoigne de la façon dont était pensée la fatigue dans la Grèce ancienne. Ce texte tente d'ordonner dans un même ensemble les mythes grecs des origines humaines et les conditions immuables et quotidiennes du paysan. La fatigue, les maladies et la mort y sont présentées comme la conséquence de la punition de Zeus après le vol du feu par Prométhée : « Alors, plein de bile, Zeus, le berger des nuées, s'écria "Fils de Japets aux pensers (sic) subtils entre tous, tu peux te réjouir, toi qui a volé le feu et trompé mon intelligence, du grand malheur qui vous frappera, vous et les hommes à naître ! En contrepartie du feu, je leur donnerai, moi, un mal qui fasse leurs délices à tous dans leur cœur, un mal bien à eux, qu'ils entoureront d'amour" [...]. Jusque là, la race des hommes vivait sur terre à l'abri des maux, de la pénible fatigue et des maladies douloureuses qui hâtent la vieillesse. [...] La terre est pleine de maux, et la mer aussi. De jour comme de nuit, les maladies, d'elles-mêmes,

viennent visiter les humains – en silence car Zeus les a privé de la parole –, elles apportent leurs lots de souffrances aux mortels. C'est ainsi, on n'échappe pas aux desseins de Zeus » (Hésiode, 1995, p. 87-90). La fatigue est donc, depuis la punition divine, inséparable de la condition humaine, comme le sont les maladies. Ces deux phénomènes usent l'homme et le conduisent naturellement à la vieillesse puis à la mort. Pour trouver sa subsistance, en effet, l'homme doit travailler durement et ainsi courir à sa mort. Dans ce cadre, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise fatigue, mais la fatigue tout court, normale et inévitable puisqu'elle fait partie de la vie humaine de la même façon que les maladies ou la mort.

Ce mythe grec de la fatigue comme punition divine se retrouve à peu près à l'identique dans le récit biblique lorsque Adam et Eve sont chassés du paradis terrestre et que l'homme devient mortel et est condamné à travailler dans la peine et la souffrance. La fatigue est la condition de l'homme par rapport aux dieux infatigables. Cela permet de mieux comprendre un épisode de la vie de Jésus : dans l'*Evangile selon Saint-Jean*, il est rapporté qu'à la suite de la traversée de la Samarie, « Jésus, fatigué, se tenait assis auprès du puits ». Il s'agit de la seule évocation de la fatigue, mais elle est significative : Pourquoi et comment Jésus, le fils de Dieu, peut-il être fatigué ? Comme le remarque Saint Augustin, « le fait qu'il arriva au puits dans un état de fatigue marque la faiblesse de la chair ; qu'il s'y assit, la condition humiliée, car il a bien assumé pour nous l'infirmité de la chair, et il a si humblement daigné paraître en homme devant nous autres hommes » (cité dans Chrétien, 1996, p. 69). Etre homme, c'est donc se fatiguer et la fatigue n'est que le résultat normal du travail et de la vie. Cette représentation perdure longtemps puisqu'on en trouve encore la trace au XVIIIe siècle dans l'article « Fatigue » de *l'Encyclopédie* de Diderot et D'Alembert[11]. Longtemps encore, l'usure reste une des principales figures des discours sur la fatigue en milieu ouvrier (Cottereau, 1983 ; Dodier, 1984). Le corps et la santé sont perçus comme un capital (Pierret, 1984) qui s'amenuise au cours de la vie de travail et des ses expositions à la répétition des gestes, aux substances nocives (produits chimiques poussières), à la dépense musculaire excessive, aux stress divers...

[11] Article présenté dans le chapitre 2.

Pourtant, dès le VIe siècle, dans certains milieux sociaux, une autre image de la fatigue se développe en parallèle de celle qui vient d'être présentée, moins centrée sur l'usure physique et plus sur la peine morale. L'acédie du moine en est l'une des premières figures.

II – Les moines et l'acédie : naissance de l'individu

L'anthropologue Louis Dumont (1983) situe l'une des principales sources de l'individualisme dans le mouvement érémitique impulsé par les chrétiens d'Orient à partir du IVe siècle de notre ère. C'est dans ce contexte particulier qu'une nouvelle façon de parler de la fatigue se construit autour d'une entité originale : l'acédie (*acedia* en latin) des moines, caractérisée par la tristesse et le découragement liés à un manque de foi. L'acédie peut être qualifiée de première représentation moderne de la mauvaise fatigue (à la fois psychique et pathologique) associée à un mode de vie qui est directement condamné.

Le premier théologien à avoir décrit de façon précise et circonstanciée l'acédie est probablement Evagre le Pontique (345-399), qui a connu et enseigné la vie anachorétique des premiers monastères orientaux (Bunge, 1990). Il définit l'acédie comme « un relâchement de l'âme qui n'est pas conforme à la nature et ne résiste pas vaillament aux tentations[12] ». Certaines des vues d'Evagre peuvent nous sembler étonnamment contemporaines et l'idée d'une fatigue pathologique qui vient limiter l'action, qu'elle soit manuelle ou intellectuelle, est déjà présente chez cet auteur : « Le moine en proie à l'acédie est nonchalant dans la prière et parfois il ne dira même pas du tout les mots de la prière. Car, comme le malade ne se charge pas de fardeaux pesants, ainsi, l'acédiaque ne fait pas avec application l'œuvre de Dieu. L'un, en

[12] Toutes les citations d'Evagre, issues de textes différents, sont tirées de Bunge (1990). Le fait que le moine Gabriel Bunge, qui a sélectionné les extraits et traduit certains d'entre eux défende la thèse contemporaine que les écrits d'Evagre sur l'acédie constituent la première description de notre mélancolie ou dépression actuelle, perçue comme une question à la fois médicale et spirituelle, peut introduire un certain biais dans l'analyse. Il est effectivement très difficile de comparer le sens que prennent ces écrits aujourd'hui avec le développement des connaissances sur la maladie mentale, et le sens qu'ils pouvaient avoir pour un homme du IVe siècle. La vision qu'en donne Bunge est nécessairement orientée par le XXe siècle, d'autant plus qu'il prétend faire une œuvre de théologien plus que d'historien.

effet, est privé de la force du corps, et l'autre a les ressorts de l'âme détendus. [...] Lorsque l'esprit d'acédie fond sur toi, il persuade l'âme que la psalmodie est pesante, et il lance la paresse comme un défi au zèle. » Néanmoins, l'étiologie et le traitement restent largement inscrits dans un registre moral : « La constance guérit de l'acédie comme aussi tout faire avec le plus grand soin et avec crainte de Dieu. Fixe toi une mesure pour tout travail et ne la quitte pas que tu ne l'aies d'abord achevée. Prie avec intelligence et vigueur et l'esprit d'acédie s'enfuira de toi. » Pour Evagre, l'acédie ne risque de devenir une « maladie » – c'est-à-dire de devenir une « pensée » qui ne peut plus être combattue – que chez l'anachorète, celui qui vit essentiellement seul, dans sa cellule ou en ermite. Le cénobite, c'est-à-dire le moine qui vit en communauté, et à plus forte raison le clerc ne sont pas concernés (Bunge, 1990). Si l'acédie représente une nouvelle façon de parler du sentiment de fatigue, c'est parce qu'elle découle d'une expérience sociale elle-même nouvelle : celle de l'ermite, seul face à dieu et à sa conscience. Le paysan décrit par Hésiode inscrivait ses gestes dans une régularité ancestrale et n'a pas à se demander pourquoi il agit ainsi ; sa fatigue était perçue comme naturelle et normale. L'acédiaque, au contraire a fait consciemment le choix d'une vie exceptionnelle ; la question du sens de son action est alors primordiale : pourquoi se forcer à rester isolé, à suivre des règles contraignantes et pénibles, à s'imposer des travaux intellectuels dont l'utilité pour sa survie matérielle est nulle ? Le sentiment de faiblesse, de fatigue, du moine en proie à l'acédie vient du fait qu'il réfléchit sur ses actes et son mode de vie et que le doute s'installe quant à leur intérêt : « L'acédie nous détourne de la lecture et de l'étude des paroles spirituelles en disant : eh bien, tel vieillard saint ne connaissait que douze psaumes, et pourtant il était agréable à Dieu » (cité dans Bunge, 1990). Ce n'est plus de l'usure du corps dont il est question ici, mais de l'ennui et du manque de volonté.

La définition par Evagre de l'acédie, à mi-chemin entre le péché et la maladie, est ensuite reprise par d'autres théologiens, notamment Jean Cassien qui introduit deux nouveautés : tout d'abord l'acédie est plus clairement présentée comme un péché, même si la métaphore médicale est conservée (Jackson, 1981), et elle n'est plus le seul fait des anachorètes mais concerne également les cénobites. « Parmi les péchés que peut commettre le religieux, l'un des plus graves est celui d'*acedia*, ce que nous appelons

aujourd'hui le cafard, la dépression, le coup de pompe. De l'*acedia* dérivent, en effet, bien des vices : l'oisiveté, l'inquiétude, l'anxiété, l'incapacité de faire quelque chose, la désespérance [...], elle apparaît comme un manque de ferveur religieuse et d'énergie personnelle » (Moulin, 1978, p. 243). Pour expliquer cette double évolution il est possible de faire l'hypothèse que la définition de l'acédie, soit comme maladie, soit comme péché, renvoie à deux modes de contrôle social distincts : le péché vient du latin *peccatum*, qui signifie « faute », « crime », il implique une offense à Dieu et aux règles religieuses. En termes durkheimiens, le péché relève donc plutôt de l'action répressive liée à son caractère de « crime » qui heurte la conscience collective. Le terme de « malade », quant à lui vient de l'expression *male habitus*, « qui se trouve en mauvais état » ; la notion de faute n'est donc plus aussi présente et le traitement serait plus proche de l'esprit du « droit restitutif », c'est-à-dire remettre les choses en l'état. Alors que le péché est la transgression d'une règle morale qui entraîne une répression de la part de la collectivité offensée[13], la maladie est la transgression d'une norme naturelle qui ne demande qu'une remise en état[14]. Le contrôle social direct est moins important car la contrainte est encore plus intériorisée que dans le cas du crime pour lequel la peine est toujours nécessaire pour que soit renforcée la norme intériorisée. Pour la maladie, le simple fait de définir l'état comme mauvais ou indésirable est suffisant pour l'intériorisation de la norme. Il n'y a pas à punir les malades d'être mal portant. L'anachorète qui vit seul dans sa cellule ou en ermite au milieu du désert ou encore au sommet d'une montagne n'a que l'autocontrainte intériorisée pour s'astreindre aux activités matérielles et spirituelles, tandis que le cénobite bénéficie, si l'on peut dire, du contrôle social et de son renforcement permanent apporté par la communauté monastique. Peut-être doit-on trouver là l'explication du lien entre le développement des communautés

---

[13] Il faut rappeler que pour Durkheim (1912), le sentiment du « sacré » n'est que la transfiguration du sentiment de supériorité de la société sur l'individu, de la force de la collectivité.

[14] Pour Durkheim (1893), les sociétés à fort sentiment communautaire (solidarité mécanique) sont plutôt caractérisées par un droit répressif (punir celui qui enfreint une norme) tandis que les sociétés plus individualistes connaissent plutôt un droit coopératif (remettre les choses en état). Le moine anachorète pourrait alors être considéré comme appartenant à une société, en un sens, très individualiste.

monastiques (et le recul relatif de l'érémitisme) et la définition de l'acédie comme péché plutôt que comme maladie.

Au XIIe et au XIIIe siècle la représentation de l'acédie en tant que maladie est à nouveau développée à la suite d'un certain regain d'intérêt pour la vieille catégorie de mélancolie. Saint Bonaventure (1221-1274) est alors le principal artisan d'un rapprochement, au travers de ses écrits théologiques, entre la mélancolie et l'acédie (Rainer, 1984). Il contribue ainsi à la spiritualisation de la maladie hippocratique. Saint Thomas d'Aquin explique quant à lui l'acédie par l'existence d'un tempérament mélancolique lié à un excès de bile noire. A nouveau, le contrôle social passe par les écrits religieux sur la « maladie » plutôt que par un système directement répressif de contrainte externe. A partir du XIIIe siècle, menacer les moines de la colère divine pour leurs péchés ne semble plus suffisant, aux yeux des théologiens de l'époque, pour pousser les religieux à bien se comporter ; la menace de la maladie vient renforcer la condamnation morale. Ce mouvement coïncide également avec la diffusion de la notion d'acédie dans la population : suite au IVe concile de Latran en 1215 la pratique de la confession devient obligatoire et les premiers manuels de catéchisme la présentent comme une forme de traitement (Jackson, 1981). Que la société monastique ait inventé, avec quelques siècles d'avance sur la société séculière, une des premières formes de discours sur le manque de volonté, de faiblesse ressentie, de sentiment de lassitude et de fatigue, n'a rien de surprenant puisque de nombreux éléments caractéristiques des sociétés modernes trouvent également leur source dans les règles mises en place dans les monastères entre le XIe et le XIVe siècle (Moulin, 1978) : découpage temporel de la journée et des activités, spécialisation des fonctions, prévention de la santé spirituelle et physique, autocontrainte de soi, etc.

L'étiquette d'acédie représente, comme le note l'historien de la médecine Stanley Jackson (1981, p. 185), à la fois une stratégie individuelle pour faire face à un état dépressif et une stratégie collective pour gérer certains comportements individuels qui remettent en cause les objectifs et les valeurs du groupe. La fonction sociale de l'acédie pour les moines du Moyen Age préfigure celle de la mélancolie des aristocrates à partir du XVIe siècle.

III – La mélancolie aristocratique, une réaction au processus de civilisation

La mélancolie est l'une des catégories cliniques dégagées par Hippocrate, né à Cos vers 460 avant notre ère. Le modèle hippocratique fait de la maladie la conséquence d'un déséquilibre dans les quatre humeurs (bile noire, bile jaune, flegme et sang). La mélancolie, caractérisée par la tristesse et la lassitude, est le résultat d'un excès de bile noire. Cette vision de la mélancolie, qui postule une base organique, se retrouve dans la médecine médiévale qui reprend sans trop les discuter les concepts hippocratiques. Elle n'est pas adaptée à la description des problèmes particuliers d'une catégorie précise d'individus, comme les moines anachorètes au IVe siècle, ou les courtisans du XVIIe, car les mécanismes mis en cause, l'étiologie, sont trop peu spécifiques. Cette entité clinique connaît pourtant un certain regain d'intérêt, d'abord en Grande-Bretagne dès le XVIe siècle, du fait de l'évolution économique, religieuse et politique du royaume, puis dans les autres grands pays européens.

L'ouvrage de Timothy Bright (*Traité de la mélancolie*, 1586), théologien et médecin à l'hôpital *Saint Bartholomew* de Londres, illustre bien le progressif passage d'une vision religieuse à une vision médicale de la fatigue. Pour lui, en effet, la mélancolie doit être distinguée des tourments et de la tristesse provoqués par la conscience du péché. Si les deux ont des apparences similaires, la mélancolie est une véritable maladie ayant un fondement organique. Par ailleurs, si Bright emprunte une grande partie de ses références à Hippocrate et à Galien, il s'en distingue tout de même par ses réflexions sur les liens entre le corps et l'âme et la notion « d'esprit vital » qui représente le canal par lequel l'âme commande au corps : une trop grande consommation « d'esprit vital » explique alors la fatigue dans l'action. Enfin, contrairement à beaucoup de médecins qui ont écrit sur le sujet depuis l'antiquité, Timothy Bright se refuse à employer l'astrologie et à faire référence à Saturne (la « planète mélancolique ») pour expliquer la maladie. Pour ces trois raisons, cette approche de la fatigue apparaît comme novatrice et moderne malgré les nombreuses continuités avec la pensée médicale antérieure. Sa définition de la mélancolie en fait, comme chez Hippocrate, un trouble organique : « La mélancolie naturelle peut être la partie la plus grossière du sang destiné à

nourrir le corps. En raison de son abondance ou de sa chaleur excessive, elle le surcharge, donnant naissance à certaines vapeurs qui montant au cerveau obscurcissent l'entendement. [...] L'humeur dénaturée émane de la mélancolie susdite, ou encore du sang ou de la bile, entièrement transformée par une chaleur anormale, qui change ces humeurs auparavant soumises à l'autorité de la nature et maintenues en bon ordre, leur conférant une qualité tout à fait contraire, dont la substance et la vapeur apportent un tel tourment à toutes les parties du corps que, soit qu'elle passe ou demeure, elle produit d'étranges altérations de nos actions animales ou volontaires, ou encore naturelles, et indépendamment de notre vouloir : c'est tout ce que signifie le terme mélancolie » (Bright, 1996, p. 39-40).

Pourtant, si la maladie se manifeste dans le corps, ses causes sont sociales : « Pour le cerveau et le cœur mélancoliques, le retour à un meilleur état de la pensée et du moral commence par la suppression des causes ayant perturbé le jugement et la sensibilité ou y inclinant, grâce à l'introduction de causes d'opération contraire. [...] Parmi les travaux de l'esprit, les études sont déterminantes pour provoquer la mélancolie si elles sont passionnées et portent sur des matières difficiles ou hautement mystérieuses. Par conséquent, il faut avant tout s'en abstenir. Il faut libérer l'entendement de tout labeur de cette sorte, afin que ceux des esprits qui se trouvent consumés se régénèrent, et que l'autre partie, occupée à des raisonnements ardus, soit libérée, pour le plus grand bien du cœur et de la clarification du sang. En outre, comme ces activités touchent ou constituent l'élément inorganique de l'âme, elles amènent l'esprit à négliger le corps : c'est ainsi qu'il devient par la suite inapte à l'action » (Bright, 1996, p. 239). L'idée qu'un travail de l'esprit seul, sans mobilisation corporelle, pourrait être pathogène et conduire à un manque de force physique rappelle les discours sur la mauvaise fatigue évoqués dans l'introduction. « Donc, avant tout, épargnez à votre cerveau toute étude ou réflexion. Abandonnez votre esprit à une libre distraction, loin de ces occupations qui attirent une trop grande partie d'esprit vital, et par là, font tort aux parties physiques du corps. [...] Si la personne aime cette étude, le cœur et l'esprit à la fois y dépensent avec prodigalité leurs esprits, et avec eux les parties les plus subtiles du suc naturel et des humeurs du corps. Si au contraire elle ne lui plaît pas et est imposée, la séparation de l'esprit d'avec l'inclination du

cœur engendre dans notre nature une telle souffrance qu'il s'ensuit également une grande déperdition de l'esprit vital et des humeurs les plus rares et subtiles du corps, qui sont pour ainsi dire le siège de notre chaleur naturelle. [...] Dans l'étude, j'inclus, bien qu'elles soient différentes, toutes les activités des sens internes qui contribuent et servent à la réflexion, qu'il s'agisse de savoir, de méditation ou d'invention : et cette dernière fatigant beaucoup plus le corps que les deux autres, doit en conséquence être davantage écartée. Parmi les sens internes, je considère que l'imagination est celui qui consume la plus grande quantité de ces esprits, et le plus susceptible d'épaissir le sang, s'il fonctionne avec excès. L'imagination en effet imite l'activité inventive de l'esprit et, à un moindre degré (si elle est débridée et continue), fait grande consommation de ces deux instruments, l'esprit vital et la chaleur, dans un corps mélancolique » (Bright, 1996, p. 240-242).

Malgré l'utilisation qui est faite du savoir théologique et des catégories hippocratiques, l'ouvrage de Bright est porteur d'une préoccupation nouvelle : bien distinguer ce qui relève de la maladie (« indépendamment de notre vouloir ») et ce qui relève de la faute personnelle. Il insiste particulièrement sur « les différences entre l'accablement de la conscience par le sentiment du péché, et cette maladie naturelle mentionnée plus haut » (Bright, 1996, p. 40). L'ouvrage revendique en quelque sorte le droit au rôle de malade pour les élites de l'époque et constitue donc une étape importante dans la médicalisation d'une fatigue « intellectuelle ». Dans son ouvrage, Bright insiste en effet particulièrement sur la nécessité de consulter un véritable médecin : « Je vous conseille, à vous et à tout autre, excepté pour le régime qui vous a été prescrit auparavant, de vous abstenir de tout, en dehors de l'avis du médecin dont l'œil vigilant peut apercevoir chaque nécessité » (p. 260). Dès 1518, les médecins britanniques avaient obtenu de Henri VIII la création du *Royal College of Physicians* dans le but de protéger et de réglementer la pratique médicale. La justification de cette monopolisation du discours sur la maladie se retrouve dans le travail de Bright sur la mélancolie. Mais cette tentative n'est acceptée que parce qu'elle s'inscrit dans une évolution sociohistorique plus large. Le recul du discours religieux est ainsi favorisé par la montée du protestantisme. En Angleterre, après l'arrivée au pouvoir en 1558 d'Elisabeth, le catholicisme est réprimé en réaction aux excès de Marie Tudor. En 1563, les

« Trente Neuf Articles » définissant officiellement les sacrements institués par le Christ ne reconnaissent plus la pénitence et le recours à l'aide spirituelle confidentielle du pasteur est de plus en plus déconseillée. Le médecin peut alors prendre le relais du ministre du culte comme confident. Timothy Bright ne s'en prive pas en affirmant à plusieurs reprises sa volonté d'apporter, par ses connaissances et son art, le réconfort à ceux qui souffrent (Cuvelier, 1996). Par ailleurs, le règne élisabéthain (1558-1603) représente une période importante dans la monopolisation du pouvoir royal et la curialisation de l'aristocratie anglaise. La soumission et le nouveau mode de vie qui sont imposés à cette dernière suscitent angoisses et inquiétudes qui trouvent dans le discours médical sur la mélancolie un moyen de traduire le malaise diffus qui en résulte. De façon plus générale, l'avènement progressif de la modernité explique pour une part l'intérêt porté à cette maladie. « A la fin XVIe et au début du XVIIe, l'Europe se passionne pour la mélancolie. [...] L'élite sociale oisive s'y complaît, d'autant plus que la mode en vient d'Italie, référence absolue de l'honnête homme de la renaissance. Ainsi s'explique la popularité des écrits traitant des symptômes, tant physiologiques que mentaux de la maladie : ils alimentent les croyances, justifient les attitudes, et inspirent peintres, poètes et dramaturges » (Cuvelier, 1996, p. 7-8). William Shakespeare s'est ainsi inspiré du *Traité de la mélancolie* de Bright pour son personnage d'Hamlet. L'ouvrage de Timothy Bright témoigne donc d'une des premières formes de construction, à travers la mélancolie, de la fatigue comme catégorie médicale. Dans son livre, en effet, il écarte la folie mélancolique, qu'il juge peu courante, pour se consacrer exclusivement à la forme la plus classique caractérisée par la tristesse, le manque de force et la fatigue. L'idée selon laquelle l'activité créatrice serait, de toutes les activités humaines, la plus coûteuse en énergie humaine, ce qu'il nomme « l'esprit vital », se retrouve dans beaucoup d'écrits médicaux ultérieurs (jusqu'au début du XXe siècle) sur la fatigue, à commencer par le célèbre ouvrage de Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621).

En France, l'étiquette de mélancolie connaît au XVIIe siècle dans les milieux aristocratique un certain succès qui peut être compris dans le cadre de la réaction romantique à la monopolisation du pouvoir royal (Elias, 1985). Le processus de curialisation, qui se traduit pour les courtisans par l'installation à la

cour et surtout par la nécessaire autocontrainte des pulsions et des passions, entraîne, comme en réaction, une certaine nostalgie et l'idéalisation d'un passé et d'une nature mythiques. Le duc de La Rochefoucauld (1613-1680), mélancolique célèbre de l'histoire de France, illustre parfaitement la situation de la noblesse à l'époque. Après avoir un temps participé à la Fronde et cherché à se révolter contre le déclin du pouvoir de l'aristocratie, il est gravement blessé en 1652 et se soumet finalement au roi. Le réseau d'interdépendances qui permet le maintien du pouvoir royal est fondé sur l'opposition entre la noblesse d'épée et la noblesse de robe, elle-même menacée par l'extension de la bourgeoisie dont elle est issue. Les frondeurs, pour limiter le pouvoir royal, auraient dû s'allier à la noblesse de robe, mais ils auraient alors perdu ce qui faisait leur distinction. Coincé dans une configuration qui le dépasse largement, La Rochefoucauld[15] se trouve contraint d'accepter le jeu de la cour et se réfugie dans la vie mondaine et la mélancolie. En 1657 il écrit, dans ses mémoires : « Je suis mélancolique, à tel point que personne ne m'a vu rire à plus de trois ou quatre occasions durant les trois dernières années. Ma mélancolie, il me semble, serait néanmoins supportable, presque apaisante, si elle n'était que le produit de mon propre caractère ; mais la plus grande part vient d'ailleurs et cela préoccupe si fortement mon imagination et mon esprit que je rêve le plus souvent sans dire un mot ou que mon rêve n'a pas de rapport avec les mots que je prononce » (cité dans Lepenies, 1992, p. 38). Ce que La Rochefoucauld désigne comme une maladie qui l'accable, s'est aussi le réseau de contraintes qui pèse sur lui et contre lequel il ne peut rien du fait de la configuration d'interdépendance qui lie l'aristocratie aux autres groupes sociaux. L'aristocratie ne pourrait en effet se libérer des contraintes du pouvoir royal qu'en renonçant aux privilèges qui la séparent de la bourgeoisie (Elias, 1975 et 1985).

---

[15] Wolf Lepenies (1992) rappelle les humiliations que doit subir l'ancien grand guerrier qui demande sans succès le droit pour sa femme « malade » (de mélancolie) d'obtenir un tabouret pour pouvoir s'asseoir en présence de la reine, alors que la grande majorité des courtisans étaient tenus de rester debout. De façon prémonitoire, la maladie devient alors, un moyen pathétique de revendiquer une certaine reconnaissance, une réparation pour une situation vécue comme injuste, un peu d'autonomie face aux contraintes.

A l'instar de La Rochefoucauld, de nombreux aristocrates se voient forcés d'accepter le jeu des courtisans qui apparaît vite insupportable mais aussi indépassable aux yeux de ceux qui connaissent une perte de leur pourvoir. « La cuirasse des autocontraintes, les masques que tous les membres des sociétés de cours développent dans une plus forte mesure que naguère pour en faire un élément de leur moi, de leur propre personne, agrandissant aussi les distances d'un individu à l'autre. Les courtisans, – et non seulement eux – imposent (si l'on compare leur attitude à celle des périodes précédentes) dans leurs relations réciproques plus de retenue à leurs impulsions spontanées. Entre ces impulsions et l'exécution de l'acte – qui peut être un acte ou une parole – s'intercalent plus ou moins automatiquement des réflexions, des inventaires de la situation, des supputations sur les conséquences possibles ou probables. Les hommes de ce niveau ont souvent parfaitement conscience de la cuirasse qui freine leur action. Selon leur situation, ils émettent un jugement favorable ou défavorable sur cette cuirasse en la qualifiant, selon le cas, "d'intelligence", de "raison" ou - sur le mode romantique -, "d'entrave affective", de "trouble", de "déformation" de la nature humaine » (Elias, 1985, p. 275). La vie de cour, avec ses raffinements, son oisiveté obligée, la nécessaire attention portée à ses propres réactions psychologiques et à celles d'autrui, favorise la prise en compte des états d'âmes, des petits malaises, des incommodités et des indispositions. « Un mal nouveau permet d'objectiver, au XVIIe siècle, cette catégorie originale de malaise ; un mot dont le nom même suggère l'effet directement physique : les vapeurs » (Vigarello, 1993a, p. 112). Les vapeurs deviennent un sujet et même une maladie à la mode, qui distingue ceux qui en sont porteurs. Ainsi, la maladie, sous le terme de vapeurs, représente donc à la fois une mise en accusation d'un mode de vie qui serait « contre nature », mais aussi une forme ostentatoire de préciosité et de sensibilité, un modèle culturellement valorisé pour exprimer ses petites et grandes souffrances. La mélancolie permet une déviance acceptable et contrôlée. « La mélancolie de La Rochefoucauld était la mélancolie d'une culture fermée qui ne permettait à ses membres qu'une déviation minimale à l'intérieur du cadre de la conformité » (Lepenies, 1992, p. 53, trad. M. Loriol).

L'utilisation mondaine, par les courtisans, de la mélancolie ou des vapeurs représente une « traduction » assez libre de théories

médicales plus anciennes relevant nettement du cadre hippocratique. Ainsi, en 1573, Ambroise Paré (*De la génération de l'homme*) avait proposé la description suivante du phénomène « L'utérus se gonfle et enfle pour ce que quelque substance pourrie et corrompue en icelui se résout en vapeurs et ventosité [...] dont s'engendre parfois de très cruels accidents » (cité dans Vigarello, 1993a, p. 112). Un siècle plus tard, dans le *Dictionnaire de l'académie française* (1694), les vapeurs sont définies comme « les fumées qui s'élèvent de l'estomac ou du bas-ventre vers le cerveau » (cité dans Vigarello, 1993a, p. 112). Mais ce sont des malaises beaucoup plus anodins, plus impalpables, plus spécifiques à la vie de cour et à la sensibilité aristocratique, qu'évoquent les courtisans. La métaphore médicale est reprise pour objectiver, exprimer une sensation nouvelle, mais une certaine incompréhension entre le monde médical et les élites de la cour se fait jour : « Selon le docteur je suis fort bien et selon moi, je suis fort mal, avoue madame de Maintenon évoquant ses épisodes de faiblesse et d'abattement » (Vigarello, 1993a, p. 113). Un autre indice de cette incompréhension réside dans le choix des traitements. Alors que pour la médecine, toujours marquée par des cadres anciens, il s'agit d'évacuer les humeurs par la purgation ou la saignée, la sensibilité moderne de la cour réprouve de plus en plus ces pratiques comme le montre, entre autres, les pièces de Molière. Les courtisans préfèrent en effet s'adonner à de nouvelles « thérapies » plus agréables telles que la cure dans les villes d'eaux ou la consommation du café, qui, de plus, sont l'occasion de nouvelles formes de sociabilité très prisées par la cour.

Il faut finalement attendre le XVIIIe siècle pour que la médecine propose un modèle explicatif en rupture avec la tradition hippocratique et plus conforme aux nouvelles sensibilités et aux attentes des élites : la médecine des nerfs. Le succès de cette nouvelle théorie remonte aux expériences « d'électrisation » de corps animaux ou humain : le corps paralysé re-bouge (expérience de Jallabert en 1747), le cadavre d'une grenouille tressaute (Bernouilli en 1750), des animaux asphyxiés ou assommés sont ranimés. C'est l'énergie nerveuse qui est source de vie et de santé. Pour le docteur de la Roche (*Analyse des fonctions du système nerveux*, 1778), « toutes les maladies ne sont à proprement parler que des maladies nerveuses, puisqu'elles sont le plus souvent occasionnées et toujours accompagnées par quelque dégradation

dans les fonctions du système nerveux » (cité dans Vigarello, 1993a, p. 152). Dans le *Traité des affections vaporeuses des deux sexes* (1760) le docteur Pomme explique que les vapeurs sont causées par « le racornissement général du genre nerveux, le spasme et l'érétisme des nerfs » (cité dans Pinel, 1985). L'image d'un corps fait de fibres de diverses natures s'impose peu à peu à la médecine comme aux profanes. Parmi ces fibres, les nerfs sont les plus fragiles donc les plus susceptibles d'être endommagés ; surtout pour les personnes les plus sensibles, les plus raffinées, que la finesse de leur système nerveux expose le plus aux maladies. Pour le docteur Pomme, les vapeurs touchent essentiellement « les gens de lettre, solitaires et studieux et les jeunes gens livrés à la débauche » et plus particulièrement les femmes riches du fait « de leur vie sédentaire et voluptueuse et des passions violentes auxquelles elles se livrent sans mesure et sans discrétion » (cité dans Pinel, 1985). Le docteur Raulin, dans son *Traité des affections vaporeuses* (1758) écrivait déjà que « les vapeurs sont endémiques dans les grandes villes ; la plupart des femmes qui jouissent des commodités de la vie sont vaporeuses » (cité dans Pinel, 1985). Pour les aristocrates et les riches bourgeois, la moindre émotion ou des circonstances inhabituelles peuvent être l'occasion de troubles nerveux. « Avec les nerfs, la tonalité donnée aux malaises quotidiens change plus encore : éviter les troubles anodins, c'est d'abord surveiller les effervescences jugées stériles, les tensions "futiles". Mieux que d'autres Madame d'Epinay sait décrire ces épuisements crispés : exténuée après un voyage à la Conge, en décembre 1757, où le postillon a failli verser sa berline dans une rivière, elle se dit prise de mouvements convulsifs dans tous les membres et de palpitations violentes » (Vigarello, 1993a, p. 152). Par rapport à celui des élites urbaines, le corps des paysans des campagnes, à la fois plus simple et plus durci par l'exercice et le grand air, ne présenterait pas cette fragilité, cette sensibilité des nerfs. Plus encore que pour les vapeurs, la nervosité devient un signe distinctif des catégories supérieures et la mise en accusation d'un mode de vie que l'on sait devenu irréversible.

Si la théorie nerveuse des vapeurs correspond à un besoin, à une souffrance diffuse dans certains milieux favorisés, elle constitue également pour les médecins une représentation du monde qui vient conforter leur position et leurs convictions sociales. Tout d'abord, l'idée selon laquelle les vapeurs et la

mélancolie se seraient fortement accrues au XVIIIe siècle à la faveur des progrès de la civilisation s'inscrit dans une tradition philosophique de valorisation de la nature, supposée harmonieuse et pure, et dont Rousseau est le plus éminent défenseur (Loriol, 1998). Le médecin, dans ce système, devient en quelque sorte le gardien de l'authentique « nature humaine » Ensuite, la prise en charge médicale des troubles rassemblés sous l'étiquette de « vapeurs » témoigne de la volonté de certains médecins d'étendre leur juridiction. « En revendiquant pour la médecine un nouvel espace, celui de la maladie mentale – dont le traitement était alors l'apanage du clergé –, le corps médical lance une offensive contre la religion. Jusqu'au XVIIIe siècle, en effet, les grandes crises d'hystérie étaient assimilées à des phénomènes de possession démoniaque et traitées par les instances religieuses au moyen de l'exorcisme » (Pinel, 1985, p. 64). Plusieurs médecins, comme le docteur Andry dans ses *Recherches sur la mélancolie* (1785) réinterprètent ainsi les possessions et les histoires de sorcières du passé comme des manifestations de la mélancolie (cité dans Pinel, 1985). L'utilisation qui est faite par la suite de ces théories médicales par les milieux aristocratiques, dans l'univers des « salons mondains », pourtant animée par des motifs différents (l'affectation du jeu mondain, l'expression d'une souffrance diffuse, etc.), peut sembler paradoxale : ceux-là même qui semblent condamnés par les discours médicaux – les riches oisifs – se font les porte-parole de ces discours, tout en les adaptant à leurs propres besoins. En fait, la notion de maladie de civilisation et la laïcisation des phénomènes de possession correspondent assez bien à ce que ressentent ces personnes prises dans de nouvelles formes d'interdépendances, d'autant que la légitimation par le discours scientifique acquière à cette époque de plus en plus de valeur.

IV – La montée de la bourgeoisie et l'invention de la neurasthénie

Ces idées sont de plus en plus celles défendues par la bourgeoisie montante qui fait peu à peu des théories médicales de l'épuisement nerveux un axe important de sa nouvelle morale. Ce mouvement apparaît tout d'abord dans les pays protestants. En 1733, le médecin londonien Georges Cheyne (1671-1743) publie *The English Malady* où est décrite et dénoncée l'oisiveté des classes supérieures anglaises. Leur mode de vie est rendu

responsable de fatigue, d'obésité, d'un taux de suicide élevé et de nombreux autres troubles (Turner, 1994). Le discours sur la maladie devient clairement une mise en accusation de tout ce qui est contraire à la morale bourgeoise. Le médecin Suisse Samuel-Auguste Tissot dans *L'onanisme* explique, en 1775, la fréquence des « épuisements nerveux » par la pratique de la masturbation qui détruit les nerfs, tout comme l'usage des boissons alcoolisées (les médecins du XIXe siècle reprendront ces thèmes moralisateurs en insistant particulièrement sur l'aspect pathologique de l'oisiveté). Le discours bourgeois sur la mauvaise fatigue est donc un moyen de se démarquer tout d'abord de l'aristocrate oisif et libertin puis, à partir du XIXe siècle, de l'ouvrier aux mœurs supposées dépravées (alcoolisme, sexualité débridée). En ce sens, le travail, et notamment le travail physique est valorisé comme source de santé et de bien-être. Cette idéologie bourgeoise contribue grandement à faire évoluer la représentation de la fatigue vers notre notion actuelle de mauvaise fatigue. L'*Encyclopédie* de Diderot et D'Alembert (publiée entre 1751 et 1772) est à ce titre exemplaire. Alors que le terme fatigue[16] y est défini encore dans son acceptation habituelle d'une usure normale, ni bonne ni mauvaise, simplement inévitable, l'article « travail » introduit de nouvelles distinctions : « Travail : occupation journalière à laquelle l'homme est condamné par son besoin, et il lui doit en même temps sa santé, sa subsistance, sa sécurité, son bon sens et sa vertu peut-être. L'homme regarde le travail comme une peine, et conséquemment comme l'ennemi de son repos : c'est au contraire la source de tous ses plaisirs et le remède le plus sûr contre l'ennui. Nous renfermons en nous un principe actif qui nous porte à l'action. Dès que cette activité n'a point d'objet réel, l'esprit se replie sur lui-même, il se trouble, il s'agite et de là naissent l'ennui, les inquiétudes, les appétits bizarres et désordonnés, l'oubli du devoir et l'habitude du vice. Le travail du corps, dit M. de la Rochefoucauld, délivre des peines de l'esprit et c'est ce qui rend les pauvres heureux. » La morale bourgeoise accentue ainsi la distinction entre l'oisiveté et les plaisirs futiles qui n'ont pas « d'objet réel » et sont la cause d'ennui, d'inquiétude (qui préfigurent l'image d'une mauvaise fatigue), d'une part, et le travail utile, productif, qui est source de

[16] « Fatigue : c'est l'effet d'un travail considérable. Il se dit du corps et de l'esprit et il se prend quelquefois pour le travail même. On dit indifféremment les travaux et les fatigues de la guerre ; cependant, l'un est la cause et l'autre l'effet ».

joie et délivre des peines de l'esprit (comme dans les représentations de la bonne fatigue).

La médecine des nerfs et des fibres s'avère finalement bien adaptée à cette morale bourgeoise de la valorisation de l'effort et de la condamnation de l'indolence. Pour les médecins, il ne s'agit plus de vider le corps de ses humeurs viciées, mais de l'affermir, de l'endurcir grâce au resserrement des fibres que permettent le froid et l'exercice. Ainsi le médecin anglais Richard Frewin développe la pratique des bains de mer glacés tandis que le genevois Théodore Tronchin vante les mérites de l'air frais et de la marche. « Au delà du débat sur la fibre, c'est un débat sur la rusticité qui traverse les textes et les pratiques de santé, après 1750. La préoccupation y est explicitement culturelle. La crainte du relâchement des fibres est aussi la crainte de quelque secrète indolence. Le thème la mélancolie a saisi les classes dominantes au XVIIIe siècle » (Vigarello, 1993a, p. 159).

A cette valorisation de l'effort et la crainte de la dégénérescence qui traduit en fait les efforts d'ascension sociale de la bourgeoisie (Foucault, 1976), le XIXe siècle ajoute de nouvelles interrogations sur l'ambivalence des progrès apportés par l'industrialisation, le développement des sciences et les premiers coups portés à la tradition par la philosophie des lumières et la révolution française. « L'histoire de la maladie mentale peut fournir des clés sur la façon dont les difficultés de la vie étaient, ou n'étaient pas supportées. Les maladies dont les individus s'imaginent atteints offrent une introduction utile, car elles révèlent les fantasmes et les attitudes à l'œuvre, aussi bien que les réactions à la douleur. L'hypocondrie a l'avantage de faire venir à la surface, sous des formes exacerbées, le genre d'inquiétudes qui tourmentaient les gens » (Zeldin, 1979, t. V, p. 73). Les vapeurs, l'hypocondrie, sont détrônées, vers 1850, par le « nervosisme » de Bouchut puis par la neurasthénie de l'américain Beard (1869). Si les symptômes ne sont pas exactement les mêmes, les inquiétudes et les fantasmes sociaux sous-jacents à ces différentes « maladies » restent proches. Ceux-ci sont déjà tout à fait bien exprimés, par exemple, dans l'œuvre de Balzac. L'épuisement intellectuel et nerveux, pouvant mener à la mort, est décrit dans différentes parties de l'œuvre de Balzac. C'est notamment le cas dans son premier grand roman, *La peau de chagrin*, en 1831. L'histoire toute entière doit être prise comme la métaphore du lien entre les désirs

excessifs d'une part et l'épuisement, la maladie et la mort d'autre part : Raphaël, le personnage principal, auteur comme le jeune Balzac d'une *Théorie de la volonté*, se fait donner par le diable une « peau de chagrin » ayant le pouvoir d'exaucer tous ses désirs. Mais à chaque fois, la peau se rétrécit et Raphaël se trouve rapproché de l'épuisement et de la mort. La solution est alors d'éviter tout désir par une vie calme, régulière et coupée du monde. Mais vivre sans désirs s'avère impossible et la mort ne peut être évitée. Le diable, représenté par un antiquaire, déclare à propos de la fatigue nerveuse : « L'homme s'épuise par deux actes indistinctement accomplis qui tarissent les sources de son existence. Deux verbes expriment toutes les formes que prennent ces deux causes de mort : vouloir et pouvoir [...], vouloir nous brûle, pouvoir nous détruit » (p. 55). Les désirs, qui brûlent l'énergie (la « volonté » est « une force matérielle », « une masse fluide », p. 144), et l'ambition sont donc les deux causes de mauvaise fatigue. Ce diagnostic est confirmé par deux grands médecins venus au chevet du héros : le premier, « disciple de Bichat », déclare, « le sujet est fatigué par des travaux intellectuels [...], il est fatigué, dis-je, par des excès de pensée, par des écarts de régime, par des emplois répétés de stimulants trop énergiques. L'action violente du corps et du cerveau a donc vicié tout l'organisme » (p. 297). Le second ajoute, « allons chercher la cause du mal dans les entrailles de l'âme et non dans les entrailles du corps » (p. 300).

L'œuvre de Balzac est caractérisée par une tension entre condamnation et fascination nostalgique pour les passions, la vie ardente et excessive qui brûle l'âme. Le romancier endosse les nouvelles valeurs à la fois médicales et morales de son temps[17], tout en esthétisant la maladie qui devient presque un signe valorisant. La maladie est à la fois une métaphore des effets du progrès et un exutoire des passions que permet la vie moderne et que la morale médicale cherche à endiguer et à canaliser. « Pour Balzac, la société industrielle et marchande plonge l'individu dans des émotions fortes, le choc de l'abondance et de la mode ; l'inquiétude n'est plus un mal métaphysique individualisé, mais un drame humain dont les personnages révèlent les origines

[17] L'influence est notamment celle de Broussais (1772-1838) qui, dans son *Traité de Physiologie* de 1822, explique comment les maladies sont le résultat des mouvements affectifs et des passions

socioculturelles. La civilisation industrielle apportait aussi une aliénation définitive dans le sillage de ses conquêtes. La division du travail apparaissait déjà responsable des souffrances mentales et physiques qui risquaient, selon Balzac, de devenir héréditaires, et dont les conséquences seraient pires que les guerres ou les catastrophes naturelles » (Tacussel, 1995, p. 71). L'exemple de Balzac n'est pas isolé et révèle au contraire un état d'esprit très présent dans les milieux intellectuels tout au long du XIXe siècle. Cet état d'esprit fournit le terreau fertile sur lequel s'étend, à la fin du siècle, le succès de la neurasthénie. Celui-ci n'est donc pas seulement le reflet des dynamiques internes à la profession médicale mais résulte aussi des nouveaux besoins exprimés par l'élite du fait de sa position d'avant-garde dans le processus de civilisation.

Née dans le contexte bien particulier de la société et de la médecine américaine en 1869, l'entité pathologique qualifiée de neurasthénie n'est reprise en France que quatorze années plus tard, sous une forme légèrement différente, les patients et les médecins l'ayant en quelque sorte adaptée au contexte social national.

Le terme de neurasthénie est proposé pour la première fois en 1869 par le médecin new-yorkais Beard, qui publie en 1880 un ouvrage sur la question (*A practical treatise on nervous exhaustion*). Elle désigne « tous les types d'épuisement nerveux ayant pour centre le cerveau ou la moelle épinière » (cité dans Rabinbach, p. 153). Beard décrit la maladie avec une soixantaine de symptômes et en fait une maladie de civilisation, plus précisément du mode de vie américain à l'origine de sollicitations excessives du système nerveux. Deux éléments notamment sont mis en avant : l'ambition et le « surmenage sexuel ». L'idée centrale de Beard est que l'homme dispose d'une certaine réserve d'énergie qu'il consomme plus ou moins rapidement au cours des différentes situations de la vie. Les émotions amoureuses et l'ambition dans les affaires seraient ainsi parmi les plus coûteuses en énergie de ces situations. Le développement des recherches sur l'électricité et ses applications pratiques ont beaucoup inspiré Beard. En comparant les nerfs à un système de circulation électrique, Beard pense avoir trouvé un mécanisme physiopathologique à la maladie. Si celle-ci est classée comme « fonctionnelle », c'est uniquement parce que ses fondements organiques ne sont pas encore tout à fait connus. « Ce que le

microscope peut voir, nous l'appelons structurel, et ce qu'il ne peut voir, fonctionnel » (Beard, 1880, p. 157). L'hypothèse physiopathologique qui est proposée est celle de l'existence, chez le neurasthénique, de microtraumatismes des nerfs, trop subtils pour être observables mais qui, liés au surmenage intellectuel, sont responsables de l'épuisement de la quantité d'énergie disponible dans le système nerveux central. C'est donc de façon un peu excessive que les psychologues ont classé par la suite Beard parmi les inventeurs de la maladie mentale sans fondement organique.

La neurasthénie, pour le médecin américain, est une maladie supérieure qui touche des êtres supérieurs, contrairement à l'hystérie ou à l'ivrognerie qui sont les maladies des noirs, des pauvres, des peuples primitifs ou même des vieux pays européens. La faiblesse nerveuse, de plus, « oblige à la prudence, rend impératif d'éviter toute habitude mauvaise et nous alerte en cas de danger » (Beard, 1880, p. 17). C'est pourquoi l'Amérique compte plus d'individus industrieux, soucieux de liberté – les esclaves ne dépensent pas beaucoup d'énergie nerveuse pour Beard – mais disciplinés, en bref, plus d'hommes civilisés. Enfin, la neurasthénie est en quelque sorte son propre remède. Elle s'explique par le développement d'une classe qui n'a plus besoin du travail physique pour vivre – alors que celui-ci constituait la base de la morale puritaine des pionniers –, mais dans le même temps elle permet aux membres de cette classe d'atténuer leurs souffrances. Avec la neurasthénie, la détresse peut devenir source de plaisir, grâce à une sensibilité nerveuse exacerbée. Elle permet également d'oublier les malheurs du temps, grâce à l'affaiblissement de la mémoire lié à la maladie, et donc de passer plus simplement et avec moins de souffrances aux nouvelles valeurs économiques et sociales. Sous la plume de Beard, la neurasthénie est donc clairement un formidable instrument de régulation sociale qui permet de mieux adapter les individus au passage de la civilisation agraire à la civilisation industrielle.

La neurasthénie est « importée » en France par le docteur Charcot, notamment dans ses « leçons du jeudi » en 1883, ainsi que par Adrien Proust – le père de l'écrivain, dont l'intérêt pour la « maladie » n'est peut-être pas étranger au caractère de son fils, Marcel – et Georges Ballet (*L'hygiène du neurasthénique*, 1887). Les médecins français refusent l'idée de Beard de ne voir dans la neurasthénie qu'une maladie américaine et le terme s'impose

d'autant plus rapidement qu'il remplace un certain nombre de qualifications proposées par divers médecins français (névrosisme, irritation cérébro-spinale, névropathie cérébro-cardiaque...). Dans l'article « neurasthénie » de *La Grande Encyclopédie*, publiée en 1900, le docteur Potel la décrit comme « un affaiblissement durable de la force nerveuse » (page 986, tome 24) ; d'après le même article, les principaux symptômes en sont : l'affaiblissement musculaire, la perte de la volonté, des insomnies, des douleurs et des fièvres. Cette notion va connaître un grand succès et recouvrir un grand nombre d'affections mentales. Comme l'écrit le Dr. Potel (*La Grande Encyclopédie*, p. 986, tome 24), « à la suite de cette étude active, la neurasthénie est devenue une maladie à la mode, si nous osons risquer le mot. Elle est devenue aussi une étiquette commode, que malades et médecins appliquent au petit bonheur. »

L'intérêt social pour la neurasthénie est également lié, à la fin du XIXe au développement du travail intellectuel et du salariat non ouvrier qui suscitent angoisses et interrogations. Ainsi, sur les 17 références du fichier « fatigue et asthénie » de la bibliothèque Henri Ey recensées entre 1888 et 1939, 10 portent sur le surmenage intellectuel et la fatigue mentale (dont quatre spécifiquement sur le travail scolaire) et 6 sur la neurasthénie, la psychasthénie et les fatigues d'origine psychique. A titre d'exemple, il est possible de citer certains titres : *Le surmenage intellectuel*, par le docteur Riant en 1889, *La fatigue intellectuelle*, par le docteur Alfred. Binet (le promoteur des futurs « tests d'intelligence ») en 1898, *La fatigue du neurasthénique*, par le docteur Montassut en 1931, *Du surmenage intellectuel et de l'hygiène mentale*, par le docteur Gollak en 1935, etc. Il faut citer également la mise à l'ordre du jour des débats de l'académie de médecine, pour la première fois en 1887 , du thème de la fatigue : en 1886, en effet, à la demande du Dr. Lagneau, l'académie de médecine est saisie du problème du « surmenage intellectuel ». De mai à août 1887 huit séances sont consacrées à cette question (le résumé de ces travaux est fait par Alfred Binet dans son ouvrage de 1898). Entre 1880 et 1930, tout un courant de psychophysiologie du travail[18] tente de construire une véritable science de la fatigue au travail. Plusieurs des auteurs de ce courant se sont alors intéressés aux travaux sur la neurasthénie. Par contre, les

[18] Présenté en détail dans le chapitre 2.

spécialistes de la neurasthénie, exerçant la plupart du temps auprès d'une clientèle aisée et connaissant peu le monde du travail, semblent le plus souvent avoir ignoré les recherches sur la psychophysiologie du travail.

A l'instar des discours sur la mélancolie, les théories médicales de la neurasthénie – notamment en ce qui concerne les causes et donc les mises en cause – expriment un certain nombre de tensions sociales. Les notions de neurasthénie et de surmenage intellectuel permettent de véhiculer tout un ensemble de conceptions que l'on qualifierait aujourd'hui de « conservatrices » ou de « moralisatrices ». Par exemple, pour le docteur Potel (p. 986), « la neurasthénie n'est pas une maladie du siècle, c'est bien plutôt une maladie de civilisation et elle augmente d'intensité en raison de cette dernière, elle progresse à mesure que l'homme devenant plus sédentaire, plus actif intellectuellement, se trouve réaliser les conditions de surmenage intellectuel, cause principale de cette névrose », et un peu plus loin il ajoute (p. 989), « la vie mondaine, avec le surmenage, les excitations qu'elle comporte, favorise aussi son apparition. » De même, Proust et Ballet font de la neurasthénie la conséquence de la vie mondaine à la mode, de la vie de salon.

Le succès de la notion de neurasthénie à la fin du XIXe siècle traduit, pour une part, l'angoisse des contemporains face aux transformations sociales et techniques et au déclin de l'emprise de la religion. « Ces formules suggèrent un besoin très spécifique des sociétés contemporaines : la mise en scène alarmée du déclin pour mieux le conjurer. Une façon d'esquiver l'impossible tout en le côtoyant. Démarche caractéristique de communautés devenues plus techniques, plus démocratiques surtout et a-religieuses, celles qui doivent plus que d'autres fabriquer leur sens et entretenir leur cohésion. Le scénario apocalyptique accélère programmes et défis. L'horreur de la dégénérescence renforçait, au XIXe siècle, les ambitions du temps : la mise en scène du progrès, les ambitions nationales » (Vigarello, 1993a, p. 294). D'autant plus que la définition d'une déviance (par exemple le découragement et l'abattement du neurasthénique) comme maladie constitue un puissant moyen d'en limiter la portée et la menace sous-jacente pour l'ordre social qu'elle impliquait. Prendre en charge un malade est plus simple que de transformer la société ou de remettre en cause le progrès, dont profitent principalement les couches sociales réputées souffrir de la maladie. Cette peur est aussi liée à une

certaine ambiguïté dans la perception du progrès et de la modernité. C'est le mode de vie moderne américain, c'est-à-dire de la plus moderne des nations, qui le premier donne naissance à la neurasthénie. La modernité est crainte aussi bien dans ses aspects techniques (Charcot explique, entre autres, la montée de la neurasthénie par le développement des voyages en chemin de fer[19]) qu'en ce qui concerne la pensée (peur du matérialisme et du développement des sciences).

Si la neurasthénie est perçue comme une maladie de la modernité, elle est associée, au moins dans un premier temps, aux catégories sociales supérieures. Pour Beard, la neurasthénie est une maladie d'hommes d'affaire américains et de riches femmes oisives, les autres professions étant peu concernées. Les femmes des classes supérieures ayant une vie sociale riche et celles qui se tournent vers la science seraient les plus touchées par la maladie, du fait de la fragilité de leurs nerfs. D'après Proust et Ballet ou le docteur Potel, la neurasthénie est une maladie des mondains et des mondaines qui épuisent leur énergie dans la vie de salon. Il s'agit donc toujours de groupes sociaux perçus comme « supérieurs ». Ainsi, seule la fatigue des riches est, dans un premier temps, considérée, sous la figure de la neurasthénie, comme une mauvaise fatigue. La représentation même de la neurasthénie comme conséquence du surmenage intellectuel est logiquement liée à l'étiologie sociale qui en est donnée. Ainsi, le docteur Proust déclare n'avoir eu pratiquement aucun malade issu de la classe ouvrière, « car les ouvriers n'utilisent pas leur cerveau (sic) ». L'idée selon laquelle la fatigue intellectuelle est la seule à être véritablement pathologique est très répandue comme le montre une fois encore l'exemple de Zola. Alors que la maladie du docteur Pascal, liée à un surmenage intellectuel, fait l'objet de nombreux développements, le romancier, pourtant ouvert aux souffrances ouvrières, relate ainsi la consultation auprès de Pascal d'un ouvrier cordonnier venu se plaindre de découragement et de troubles mentaux : « Il le renvoya affectueusement en lui conseillant de

[19] La description de la fatigue provoquée par les voyages en chemin de fer remonte à une série d'articles publiés en 1862 dans *The Lancet*. Outre les vibrations et les chocs qui fatiguent les muscles, les médecins britanniques décrivent un épuisement nerveux : bruit, peur des accidents et de la vitesse, excitation visuelle par le défilement rapide du paysage, angoisse de manquer le départ du train aux horaires « ponctuels et sans pitié »… (D'après Schivelbusch, 1990).

reprendre sa vie de travail, ce qui était la meilleure hygiène physique et morale ». Le pauvre ne peut pas souffrir de mauvaise fatigue, mais seulement d'une bonne fatigue liée au travail. S'il souffre d'une maladie mentale, celle-ci doit être propre à sa classe : alcoolisme, hystérie... Ces différences de diagnostic en fonction de l'origine sociale sont également doublées par des différences de genres. Les femmes, surtout si elles sont de condition modeste, seront beaucoup plus souvent qualifiées d'hystériques que les hommes, pour lesquels on préfère l'étiquette de neurasthénique. Ainsi, dans les années 1880, dans la Clinique des maladies nerveuses du docteur Rudolph von Hösslin de Munich, sur 828 patients neurasthéniques, 73% étaient des hommes. Pour Edward Shorter (1992), qui cite ces chiffres, la tendance à réserver le diagnostic de neurasthénie à des catégories précises traduit chez certains neurologues la volonté d'attirer dans leurs cabinets la lucrative clientèle des hommes d'affaire. Pour convaincre ce type de patient de l'intérêt de se faire soigner, le docteur Charles Hugues écrit, dans un article de 1906 : « Les hommes d'affaire énergiques connaissent bien la signification d'un déficit sur leur compte en banque et ne le traitent pas aussi à la légère qu'ils ne le font pour un déficit de leur système nerveux » (cité dans Shorter, 1992, p. 224). Une telle métaphore est bien faite pour encourager les hommes des classes moyennes et supérieures à accorder plus d'attention à leurs troubles « psychosomatiques ». Le type de traitement proposé ne peut s'appliquer, dans les conditions sociales de l'époque, qu'aux malades issus de milieux sociaux favorisés. Le médecin parisien Paul Hartenberg, dans son *Traitement des neurasthéniques* (1912), explique ainsi que « toute dépense d'énergie inutile doit être évitée, de même que toute tâche superflue ou tout gaspillage de temps. Dans notre vie, il y a des actes que l'on doit absolument effectuer du fait des impératifs de notre vie professionnelle et de la vie sociale. Mais il y a d'autres actes que nous pouvons éviter et que le neurasthénique doit proscrire. J'interdis ainsi toute marche inutile. Je leur dis toujours : "Si vous devez faire des courses, prenez une voiture, ne marchez pas". Je leur dis aussi de ne jamais rester debout inutilement. »

L'association des catégories aisées au diagnostic de neurasthénie s'explique en grande partie par la sélection économique des patients. La clientèle des médecins en général et surtout celle, en particulier, des médecins renommés qui ont

développé les travaux sur la neurasthénie, est composée, à la fin du XIXe siècle, en grande majorité, de membres des catégories urbaines et plutôt aisées où la fonction intellectuelle l'emporte sur le travail physique.

Mais, à partir de la fin du siècle, certains médecins, amenés à traiter des patients d'origine plus modeste, comme les psychiatres exerçant en asile d'aliénés, commencent à reprendre le diagnostic de neurasthénie pour rendre compte des problèmes de leurs malades. Les médecins allemands notamment sont parmi les premiers à développer le thème de la neurasthénie des classes laborieuses, conséquence, selon eux de la prolétarisation croissante qui vient contrarier les aspirations des ouvriers, notamment les plus qualifiés. Ainsi, en 1900, dans un article de la *Deutcshe Zeitschrift für Nervenheilkunde* Karl Petrén estime que les deux tiers de ses patients neurasthéniques sont ouvriers ou paysans. La mise en place précoce en Allemagne d'un système de prise en charge médicale pour les ouvriers, dans le sillage de l'Assurance maladie de 1883, explique cet intérêt. Deux jeunes médecins d'un sanatorium pour ouvriers de la banlieue de Berlin développent ainsi l'idée, dans un article de 1905, que l'incorporation de l'élite des ouvriers (imprimeurs...) dans la grande industrie, où le travail est monotone et mal payé, serait la cause de nouvelles souffrances : « Ils vivent une vie sans satisfactions, sans véritables contentements ni distractions d'aucune sorte. N'importe qui ne débordant pas de force et de vitalité ne peut, dans ces conditions, que devenir neurasthénique » (cité dans Shorter, 1992, p. 225). Du fait des assurances sociales allemandes, la souffrance sociale de la classe ouvrière trouve grâce aux yeux de certains médecins et peut bénéficier de l'étiquette relativement prestigieuse de neurasthénie, même si les femmes des catégories populaires sont globalement exclues de ce mouvement et restent cataloguées comme « hystériques ». En France, où les assurances sociales sont refusées par l'élite des médecins, la neurasthénie reste, jusqu'aux années 1920, généralement réservée aux catégories aisées. Seuls quelques médecins de campagne, comme le docteur Raymond Belbèze, auteur de *La neurasthénie rurale* (1911), estiment que la neurasthénie peut également être fréquente dans les classes populaires. De même, pour le docteur Terrien (*L'hystérie et la neurasthénie chez le paysan*, 1906), les troubles neurasthéniques seraient beaucoup plus nombreux parmi les paysans du fait de

l'alcoolisme, des conceptions en état d'ivresse, des mariages consanguins, de l'angoisse chronique liée aux nombreuses superstitions dans les campagnes. Mais ces travaux n'ont que peu d'influence sur l'opinion des grands médecins parisiens. La fatigue des classes oisives reste mieux acceptée dans les cabinets de ces médecins que celle des classes laborieuses. D'ailleurs, en France, la mise en place de l'assurance maladie pour les salariés de l'industrie et du commerce en 1928-1930 – qui permet une augmentation des visites médicales pour les ouvriers – coïncide avec la « découverte » de la neurasthénie dans les classes populaires et le recul de l'attrait des médecins pour cette entité pathologique. Les médecins des quartiers bourgeois craignent alors – il s'agit plus d'un fantasme que d'une réalité – de se voir envahis par des ouvriers réclamant que leur neurasthénie soit reconnue. Contre le nouveau système d'assurance, le premier président de la Confédération des syndicats de médecins français (CSMF), le professeur Balthasard écrit ainsi dans le *Journal de médecine*, en 1928, « l'individu sain, courageux, supporte une lourde charge pour l'entretien des neurasthéniques (dont le nombre s'est considérablement accru dans les dernières années) et des paresseux » (cité dans Hassenteufel, 1997, p. 100). Quand les ouvriers peuvent accéder plus massivement à la médecine, la neurasthénie n'est plus une maladie mais de la paresse. Le médecin veut bien être complaisant avec ses riches clients payants mais pas avec les nouveaux assurés. Au début du siècle, la « sinistrose » avait d'ailleurs été un autre moyen utilisé pour disqualifier les plaintes ouvrières, suite à la mise place de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

En France, il faut attendre les années 1930 pour que soit généralement admise l'égale prévalence de la neurasthénie dans toutes les classes sociales. Ainsi, dans un article de 1931 (« la fatigue du neurasthénique »), le docteur Montassut écrit, (p. 57) : « Nous avons été frappé au dispensaire de l'hôpital psychiatrique, du nombre de malades, qui, quoique appartenant à des races, professions, conditions sociales diverses, accusaient spontanément les mêmes sensations, parfois avec des expressions identiques. Sur le grand nombre de malades que nous y avons suivis depuis trois ans, nous avons retrouvé des symptomatologies superposables et des modifications concordantes. La neurasthénie du paysan isolé, plus fréquente qu'on ne le croit habituellement, est analogue à celle

des citadins sédentaires, plus instruits de leurs maux et chez lesquels la contagion d'autres malades ou des livres aurait pu façonner ou mettre la dernière main au tableau clinique. » Mais déjà à cette époque le diagnostic de neurasthénie est de plus en plus remis en cause tandis que l'organicité de la maladie est de moins en moins admise. En 1927, le psychiatre français Angelo Hesnard, dans son livre *Les syndromes névropathiques* écrit ainsi : « La neurasthénie elle-même, est devenue un syndrome très rare, caractérisé par une impression subjective, de nature essentiellement physique qui éveille chez le patient la conscience de fatigue nerveuse ou d'épuisement. Mais personne n'a démontré que ces impressions sont bien causées par un épuisement du système nerveux central. » Dans le même temps, des entités cliniques plus précises sont dégagées de l'archipel de la neurasthénie : Freud la distingue par exemple de la névrose d'angoisse ; en 1913, la neurosyphilis est isolée comme une maladie organique spécifique ; dans les années 1920 le terme de « dépression nerveuse » commence à être utilisé (Shorter, 1992), etc. Reléguée par les professionnels de la santé au rang de fossile de l'histoire des maladies mentales, étape nécessaire mais devant être dépassée pour le bon développement de la psychologie, l'adjectif neurasthénique subsistera quelques temps dans le langage courant. Dans les années 1930 son utilisation est fréquente dans la littérature pour désigner un trait de caractère. Le neurasthénique est un personnage taciturne, apathique, peu sociable, qui s'enferme sur lui-même et parfois sur la maladie plutôt que de s'ouvrir aux autres. Ainsi, dans ses premiers romans, Georges Simenon utilise-t-il souvent ce terme comme un adjectif courant. Ce passage dans le langage commun a sans doute contribué à la désaffection des médecins vis-à-vis de cette étiquette[20]. Si la fatigue n'est plus un sujet porteur pour la recherche médicale, cette plainte continue néanmoins d'être exprimée dans la discrétion des cabinets. Dans une étude américaine de 1944 portant sur 300 cas de malades souffrant de faiblesse et de fatigue chronique examinés à plusieurs reprises, il a été trouvé pour 20% d'entre eux une cause organique ; les 80% restant, qualifiés de « nerveux » sont répartis de la façon suivante : 3% souffrant de dépression, 18% de « psychonévrose franche » et 79% « d'épuisement nerveux bénin » (Allan, 1944).

[20] Dans certains pays, comme en Chine, elle est néanmoins restée un diagnostic assez fréquent dans la deuxième moitié de XXe siècle (Kleinman, 1986).

Malgré le déclin du diagnostic de neurasthénie dans les pays occidentaux, les états que recouvraient ce terme ne disparaissent donc pas totalement.

La montée en puissance du diagnostic de neurasthénie à la fin du XIXe et sa quasi disparition dans les années 1930 peuvent se comprendre à travers la signification sociale associée à ce trouble. Tout d'abord, cette maladie permet aux catégories sociales qui occupent à l'époque une place centrale dans le processus de civilisation (les hommes d'affaire, les artistes, les intellectuels et plus généralement la bourgeoisie) d'exprimer des sentiments ambivalents face à la modernité et de revendiquer une plus grande attention pour la souffrance morale. Mais la définition en tant que maladie organique, donc indépendante de la volonté du sujet, permet de dégager de tout jugement moral le neurasthénique. Par ailleurs, la théorie médicale de la neurasthénie renforce l'idée selon laquelle le travail intellectuel serait plus fatigant que le travail physique. Ainsi, il serait justifié de mieux rémunérer les fonctions intellectuelles, comme celle de chef d'entreprise, que les fonctions manuelles exercées par la classe ouvrière. L'économiste André Liesse (*Le travail*, 1899), en réaction à la théorie marxiste de l'exploitation, développe ainsi explicitement ce type d'argumentation. L'abandon, notamment à la suite des travaux de Sigmund Freud sur la neurasthénie, de la vision physiopathologique de la maladie va conduire – comme sa « diffusion » dans les classes pauvres (Wessely, 1990) – à son déclin. C'est donc bien parce que la neurasthénie était présentée comme une maladie organique ne touchant que les catégories les plus aisées, qu'elle avait connu un tel succès. La croyance selon laquelle seuls les bourgeois et parmi eux surtout les artistes, les femmes et les hommes d'affaire, peuvent souffrir de neurasthénie s'explique par le postulat implicite d'organicité de la fatigue. Si la fatigue est liée à un problème d'adaptation de l'homme à son milieu social, à un découragement ayant une origine psychosociale, mais que l'on pose, comme par postulat, que cette fatigue, comme la fatigue physique, est lié à des phénomènes physiologiques (voire énergétiques), alors force est de constater que l'organisme ne peut pas surmonter seul le problème (contrairement au muscle après l'effort). D'où la conclusion de l'existence d'un phénomène pathologique, d'une maladie. Par ailleurs, le détachement de l'utilisation productive du corps est souvent la condition d'une plus

grande prise de conscience des malaises corporels intermédiaires entre la santé et la maladie dont la fatigue est un des représentants. Les logiques cognitives des professionnels et des profanes se rejoignent. C'est parce que la neurasthénie correspondait parfaitement aux représentations, aux valeurs et aux angoisses des catégories aisées et cultivées de la population qu'elle a connu un tel succès. Son déclin a commencé quand elle ne pouvait plus remplir les fonctions sociales qui en ont permis la réussite. Cette adéquation entre les représentations sociales d'un groupe particulier et le succès pour une entité clinique de mauvaise fatigue se retrouve également dans l'histoire du SFC et du *burn out*.

V – Deux entités contemporaines de mauvaise fatigue : le SFC et le *burn out*

Comme l'écrit Pascal Cathébras (1991, p. 66) : « Les trente dernières années ont vu s'accroître considérablement la médicalisation de la fatigue, parallèlement à d'autres problèmes de santé auparavant considérés comme mineurs. Mais l'intérêt pour la fatigue est resté assez marginal dans le monde médical jusqu'à une période récente [...]. Dans les années 1970-80, l'intérêt de la communauté scientifique pour les états de fatigue s'est brusquement accru, en partie grâce à la description de deux entités pathologiques présentées comme nouvelles et largement, quoique inégalement, évoquées dans la littérature médicale et populaire : le *burn out* (ou syndrome d'épuisement professionnel) et le « syndrome des *yuppies* » (ou syndrome de fatigue chronique post-virale). » Le Syndrome de Fatigue Chronique (SFC) a relancé l'intérêt pour l'étude de la fatigue et de l'asthénie, sur un mode nettement organique ; réinscrivant ainsi ce thème dans les sphères les plus « légitimes » (au sens sociologique, sans porter de jugements d'ordre médical) de la médecine, c'est-à-dire l'hôpital. Le *burn out*, quant à lui, bien que présentant un tableau clinique proche de celui du SFC, est décliné sur une tonalité beaucoup plus psychologique ; sa diffusion en est de ce fait plus limitée et cantonnée à certains milieux professionnels[21].

[21] Le *burn out*, « découvert » en 1974 par Freudenberger, a surtout été étudié en Amérique du Nord. En France, il reste assez peu reconnu par les médecins et est plus souvent évoqué parmi les infirmières et les assistantes sociales (Grebert, 1992).

Le « syndrome des *yuppies* » (pour « *Young Urbans Peoples* », à peu près l'équivalent de l'expression « jeune cadre dynamique ») est celui qui a donné lieu aux recherches les plus nombreuses. Sa version « post virale », qui va en assurer le succès, trouve son origine aux Etats-Unis en 1982 avec travaux réalisés par les docteurs Tobi, Ravid et Feldman-Weiss sur le virus d'Epstein-Bar, rendu responsable d'états de fatigue inexpliqués. En 1984, le docteur Paul Cheney revient sur ces travaux et propose le terme de SFC qu'il présente comme une « post infection » au virus d'Epstein-Barr dont auraient été porteurs les « malades ». Mais il a été montré par la suite que la plupart des gens sont porteurs des anticorps de ce virus et ont donc été en contact avec lui à un moment ou à un autre. La post-infection au virus d'Epstein-Bar ne pouvait être désignée comme responsable de ce trouble. Bien que les chercheurs ne se soient jamais accordés sur la nature de l'agent infectieux, le mécanisme supposé demeure : un agent infectieux (un virus introuvable) pénètre ou est activé dans l'organisme qui, pour certaines raisons, n'arrive pas à le contrôler, le système immunitaire étant débordé ; cela provoque une production excessive d'interleukines, messagers chargés d'activer les lymphocytes qui doivent « tuer » les agents infectieux. Or les interleukines, en trop forte quantité, seraient responsables de troubles organiques à l'origine du SFC, ces désordres étant auto-entretenus du fait de la réactivation du système immunitaire qu'ils entraînent (donc à nouveau la production d'interleukines). Depuis 1997, certains chercheurs ont proposé une nouvelle hypothèse pour la maladie à partir de l'observation de légères anomalies dans la physiologie musculaire, mais là encore la profession reste divisée : pour les adversaires du SFC, ces troubles seraient trop faibles pour être la cause de la fatigue et pourrait être simplement la conséquence de l'extrême inactivité des malades.

Formellement, le diagnostic du SFC « nécessite l'existence d'une fatigue chronique persistante ou récidivante, évoluant depuis au moins six mois, dont le début est bien individualisable, avec un effet thérapeutique très incomplet du repos[22] et avec la nécessité de réduire nettement le niveau de l'ensemble des activités. A côté de la fatigue, il faut la présence de quatre ou plus des huit symptômes suivants : trouble de la mémorisation ou de la concentration

[22] En ce sens, le SFC entre bien dans notre catégorie de « mauvaise fatigue ».

intellectuelle, pharyngite, adénopathies non indurées cervicales ou axillaires, myalgies, polyarthralgies sans gonflement ni raideur, céphalées inhabituelles, sommeil non réparateur, apparition d'un malaise durant plus de 24 heures après le moindre effort physique ; ces symptômes doivent bien entendu persister ou récidiver durant six mois ou plus et ne doivent pas avoir précédé la fatigue » (Imber, 1998, p. 133).

Après la « découverte » du SFC, un grand nombre de médecins et surtout de malades vont s'en emparer ; les premiers pour y trouver une étiquette commode et exempte de toute stigmatisation de maladie mentale – mal acceptée par les patients américains – les seconds y trouvant un moyen acceptable – dans des milieux sociaux où l'effort personnel est fortement valorisé – d'exprimer un mal-être sous-jacent. La comparaison avec l'histoire de la neurasthénie révèle un certain nombre de similitudes[23]. Dans les deux cas, tout d'abord, la maladie est attribuée à une cause organique : à la fin du XIXe siècle ce sont les nerfs qui sont à la mode alors que dans les années 1980 l'actualité est braquée sur les virus. Ensuite, ces troubles sont réservés aux membres des classes supérieures qui y cherchent une étiquette non stigmatisante pour rendre compte de leur mal-être. Enfin, les deux phénomènes apparaissent lors de périodes clés en matière de transformations économiques et sociales et principalement aux Etats Unis[24] : déclin rapide de certaines activités et forte croissance d'autres, possibilités nouvelles d'enrichissement individuel important, concurrence exacerbée, etc. Pour certaines fractions de la société des transformations importantes du mode de vie vont de pair avec un sentiment accru d'individualisation : l'échec ou la réussite d'un individu semblent devoir plus à la responsabilité et au travail personnel. Mais ce sont au contraire de nouvelles interdépendances qui pèsent sur les destins individuels. Le « *Golden boy* » des années 1980 se perçoit comme seul maître de son destin alors même que l'avenir de ses transactions boursières dépend d'une

[23] Alain Ehrenberg (1998) oppose la neurasthénie qui serait plutôt une pathologie de l'inhibition, caractéristique d'une époque imposant des règles morales et des mœurs strictes et austères, au syndrome de fatigue chronique, maladie de la trop grande liberté, contemporaine de la norme d'épanouissement personnel. En fait, les catégories sociales pour lesquelles est décrite la neurasthénie sont surtout celles qui font les premières l'expérience d'un mode de vie plus « libre » (artistes, intellectuels, hommes d'affaires, femmes émancipées…).

[24] En termes durkheimiens, il s'agit de périodes anomiques.

multitude de paramètres de plus en plus éloignés de lui. Cette contradiction entre la valorisation de l'individualisme et de la réussite personnelle et l'insertion dans des configurations d'interdépendance de plus en plus larges et de plus en plus complexes est particulièrement caractéristique d'une phase avancée du processus de civilisation. Elle peut entraîner une certaine angoisse chez ceux qui sont ainsi conduits à endosser ces nouvelles règles du jeu. Le SFC joue alors la même fonction sociale pour le « *yuppie* » des années 1980 que la mélancolie pour le courtisan du XVIe siècle ou que la neurasthénie pour le bourgeois de la fin du XIXe siècle.

Pour l'historien Edward Shorter (1992), le succès du SFC s'explique par la conjonction de deux facteurs : d'une part, un cadre construit autour d'une maladie organique suffisamment complexe et mal connue pour que rien de vraiment précis ne puisse être définitivement démontré à son sujet et, d'autre part, une large diffusion par les groupes de malades, les médecins acquis à la maladie et les média. Le succès du SFC dans les années 1980 est le résultat de l'extraordinaire relais par les média des travaux sur cette maladie. Les média ont été utilisés très tôt par les partisans du SFC dans leur travail « d'entreprise de morale ». En 1987, un article dans la revue à la mode *Rolling stone*, écrit par une journaliste qui pense être victime du SFC lance la campagne médiatique. Le titre de l'article est éloquent : « Voyage au pays de la peur : le cauchemar grandissant du syndrome du virus d'Epstein-Bar. » L'auteur, qui se présente comme ayant été, avant sa maladie, « en pleine possession de sa carrière et de sa vie », décrit son incapacité à « se laver les dents ou à se souvenir d'un numéro de téléphone » (cité dans Shorter, 1992). De nombreux autres articles du même type ont été publiés par la suite, « révélant » à chaque fois de nouveaux malades dans tout le pays. Recherches médicales et associations de malades se sont alors multipliées, divisant le pays entre « adversaires » et « partisans » de la maladie. Pour Edward Shorter, l'importance de ce type de somatisation à la fin du XXe siècle doit se comprendre à travers une double évolution : un recul de l'autorité médicale et une individualisation de la société. Tout d'abord un certain déclin de l'autorité médicale expliquerait pourquoi les malades et leurs associations tiennent tête avec autant de certitudes aux médecins, les plus nombreux, qui restent sceptiques quant à l'organicité de la maladie. Ce point mériterait

d'être nuancé dans la mesure où les médecins favorables à la maladie jouent un très grand rôle dans la diffusion et la légitimation de l'hypothèse physiologique. De plus, les malades font la preuve d'un très haut degré de « proto-professionnalisation » (De Swaan, 1990), c'est-à-dire d'intériorisation des normes du savoir professionnel. Ainsi, une association de malades du SFC conseille-t-elle à ses membres, sur son site *web*, d'avoir toujours avec eux un dossier avec les résultats de tous les examens biologiques et organiques déjà réalisés. Ensuite, l'individualisation de la société, la montée de la solitude et les ruptures de plus en plus nombreuses dans les relations intimes seraient une autre explication du succès de ce type de diagnostic. C'est surtout sur la famille que Shorter porte son attention. La solitude ou le divorce expliquerait tout d'abord une plus grande souffrance psychosociale, donc un plus grand risque de troubles mentaux. Mais de plus, le fait d'être seul favoriserait l'auto-attribution d'un diagnostic fixe et inflexible. La présence d'un conjoint devrait permettre de minimiser les troubles ou de les relativiser : si vous n'êtes pas en forme depuis quelques temps et que vous suspectez un SFC, votre conjoint pourra toujours vous rassurer en vous disant que cela est sans doute lié à un surcroît de travail ou de soucis, ou à l'accumulation de nuits trop courtes. « Les célibataires, les divorcés et les veufs ont tendance à être des proies faciles pour les maladies à la mode diffusées par les média, parce qu'ils ont peu "d'autres significatifs" avec qui ils pourraient discuter de leurs propres sensations corporelles » (Shorter, 1992, p. 322). A l'appui de cette thèse l'auteur cite plusieurs recherches qui montrent une sur-représentation des personnes seules parmi des groupes de personnes concernées par le SFC ou la fibromyalgie[25].

[25] Encore une fois, cette thèse demanderait des précisions supplémentaires ; le fait d'être seul peut aussi s'accompagner d'une plus grande dépendance vis-à-vis des diagnostics médicaux (plutôt favorables à un diagnostic psychosomatique), comme l'a montré François de Singly (1993) pour les familles monoparentales et la médicalisation des troubles comportementaux de leurs enfants. D'autre part, dans les histoires de cas consultées sur les sites web des associations de malades, la première hypothèse concernant un diagnostic de SFC est souvent présentée comme venant du conjoint ou d'un proche (« C'est mon mari qui avait lu un article dans un magazine qui m'a dit un jour : "tiens, je crois savoir quelle est la cause de tes problèmes", et à la suite de ça on a diagnostiqué mon ME », témoignage d'une femme universitaire sur un site britannique). De façon plus générale, on retrouve – implicitement dans beaucoup d'histoires de malades – le désir d'attribuer à des personnes ou des causes extérieures la découverte de

Plus que la solitude, c'est peut-être l'individualisation de la société qui permet de comprendre le succès d'étiquettes telles que le SFC ou le ME. La vigueur, qui peut sembler parfois excessive à l'observateur extérieur, avec laquelle les associations américaines et britanniques de malades défendent la thèse de la maladie organique montre combien est profonde leur conviction et combien est grande l'injustice qu'ils ressentent à voir « leur maladie » mise en cause par certains médecins. Ces malades ne ressentent absolument pas leurs problèmes comme ayant une origine psychosomatique liée à une contrainte sociale. Une explication possible pour cette situation serait à chercher dans une situation de double contrainte dont les protagonistes n'ont pas conscience : la contradiction entre une exigence d'autonomie personnelle, de réussite individuelle et un ensemble de plus en plus serré d'interdépendances ; cette contradiction portée par le processus de civilisation est encore aggravée par la crise économique qui fragilise l'insertion professionnelle et menace d'exclusion de nombreuses personnes. Mais les contraintes qui pèsent sur ces personnes sont soit inconscientes, comme les désirs insatisfaits de réussite professionnelle, familiale ou autre, soit impersonnelles, telles la crainte du chômage, le stress de la vie urbaine, etc. Se sentant agressées par des facteurs dont l'origine et la nature sont difficiles à déterminer avec précision, les personnes souffrant de SFC ou de fibromyalgie sont prêtes à adhérer à une explication de leurs problèmes fondée sur un mécanisme physiologique, notamment une agression extérieure comme celle d'un virus. Un tel schéma explicatif correspond assez bien à la souffrance diffuse et sans cause apparente ou consciente qu'elles ressentent.

Au contraire, les personnes qui se disent victimes du *burn out* ou du syndrome d'épuisement professionnel, désignent plus nettement la « cause » sociale de leur souffrance. Pour les travailleurs sociaux, la notion de double contrainte est même parfois explicitement mise en avant : sommés de réussir leur mission et désirant réellement le faire, ils dénoncent le manque de moyens pour y parvenir voire parfois même le manque de volonté politique de véritablement « changer les choses ». Les infirmières, lorsqu'il est question d'épuisement ou de stress professionnel, insistent spontanément sur le manque de considération de la part

la maladie, comme s'il s'agissait une fois de plus de dégager toute responsabilité personnelle dans la survenue de la maladie.

des médecins, les effectifs insuffisants, les contraintes administratives, et parfois les rapports difficiles avec les malades. Une ou plusieurs contraintes sont bien désignées explicitement. Malades du SFC et malades du *burn out* sont bien pris tous les deux dans une configuration d'interdépendances de plus en plus complexe, mais alors que pour les premiers ces interdépendances restent largement inconscientes, les seconds en objectivent une partie. L'attribution d'une origine psychosociale à leurs troubles est donc acceptable car elle correspond à ce qui est ressenti. Cette hypothèse sera discutée à l'occasion d'une étude spécifique sur la fatigue et le stress des infirmières (chapitre 3).

Le terme *burn out syndrome* est popularisé par le psychologue Herbert Freudenberger (dans un article de 1974) qui l'utilise pour caractériser les problèmes de jeunes volontaires travaillant à la prise en charge médico-sociale de toxicomanes dans une « *free clinic* ». Cette notion est issue de l'aérospatiale où elle exprime le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé tout son carburant, retombe au sol. Dès le départ, l'aspect métaphorique du syndrome est très net. Freudenberger lui-même explique ainsi en 1980 : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » (cité par Franceschi-Chaix, 1993). D'après Christina Maslsach – la psychologue qui a mis au point le premier grand test de mesure du phénomène (le MBI) – le terme *burn out* a d'abord été utilisé par ceux qui en souffraient (notamment les urgentistes de la ville de San Francisco) avant d'être formalisé par les psychologues. Il s'agit donc de l'objectivation d'une sensation profane exprimée sous une forme métaphorique. Les tests de mesure du *burn out* ont joué un rôle central dans ce travail de réification.

Pour Christina Maslsach (1978), le *burn out* est « un état émotionnel dans lequel le travailleur perd ses sentiments de positivité (optimisme), sa sympathie et son respect envers la clientèle. Cet épuisement moral s'accompagne souvent d'un épuisement physique, de maladies et de troubles évoluant sur un mode psychosomatique. » Les principaux signes diagnostics,

d'après Gilles Bibeau et son équipe (1988), seraient : une fatigue générale sévère avec une perte de confiance en soi et une aversion pour son travail ; des troubles somatiques tels que l'insomnie, des difficultés de concentration ; des indicateurs objectifs tels qu'une baisse des performances au travail observée aussi bien par l'employeur que par la clientèle ou les collègues. L'origine des troubles est clairement liée au travail, même si par la suite peuvent s'y ajouter des troubles conjugaux ou familiaux. La monotonie du travail ou le surmenage ne suffisent pas en eux-mêmes pour expliquer le syndrome. C'est bien la relation d'aide et les rapports avec la clientèle à qui s'adressent les services qui seraient au centre du syndrome. Le surinvestissement dans la relation à l'autre et l'idéalisation du travail sont alors les principaux facteurs de risque psychopathologique. C'est pourquoi le *burn out* ne concerne, d'après ses promoteurs, qu'un nombre limité de catégories professionnelles, aux premiers rangs desquelles les soignants, les travailleurs sociaux, les instituteurs et les avocats.

La particularité de ce syndrome est d'avoir surtout été formalisé et théorisé – à l'exception de quelques psychiatres, notamment psychiatres psychothérapeutes, et médecins du travail hospitaliers – par des non médecins : psychologues, mais aussi membres des métiers (infirmières et assistantes sociales) réputés en souffrir. Comme le remarque Pascal Cathébras (1991, p. 74), « au contraire du syndrome des yuppies, le *burn out* est une catégorie qui doit plus aux sciences sociales qu'à la médecine, et c'est pourquoi on ne peut la considérer *stricto sensu* comme une catégorie diagnostique. » Le pendant de cette situation est que les personnes souffrant de *burn out* acceptent, contrairement aux malades du syndrome de fatigue chronique une interprétation psychosomatique de leurs troubles. Pourquoi, alors que les tableaux cliniques des deux maladies sont très proches et que certains médecins, comme le psychiatre Simon Wessely, estiment qu'il s'agit de formes spécifiques d'un même trouble psychosomatique, les attitudes des malades à l'égard des diagnostics psychiatriques ou psychosomatiques diffèrent autant ? Pour les « fatigués chroniques » un tel type de diagnostic est vécu comme le refus des médecins de reconnaître la réalité de leurs troubles, il est également perçu comme une accusation, le signe d'une faiblesse personnelle ou d'une responsabilité dans les troubles. Pour eux, il est clair qu'ils souffrent d'un problème

organique et toute autre interprétation ne peut être qu'erronée. A l'inverse, les personnes victimes du *burn out* se perçoivent comme ayant « craqué » devant les difficultés de la vie, notamment celles engendrées par le travail.

Néanmoins malgré l'accueil favorable réservé aux interprétations psychopathologiques, les partisans du *burn out* tiennent à distinguer clairement celui-ci de la dépression, alors même que ces deux entités peuvent être considérées comme très proches (Cathébras, 1991). L'étiologie professionnelle et la diminution des troubles lors de l'arrêt de l'activité professionnelle, constituent les principaux arguments pour distinguer *burn out* et dépression. Ce lien avec le travail joue donc un rôle important dans le succès de cette étiquette. Pour certains, les motivations sont claires : « Avantage moral d'être victime d'une noble tâche, autorisation d'absence contresignée par une société qui, si elle tolère mal la souffrance, s'apitoie sur la maladie » (Lebigot et Lafont, 1985). Dès lors, la tentation est grande d'expliquer le *burn out* comme une conséquence des changements dans les mentalités à l'égard du travail, ce que certains nomment la « crise du travail ». Ainsi, d'après Gilles Bibeau (1985), le succès du *burn out* dès les années 1970 s'expliquerait par la conjonction d'un double mouvement : la recherche d'une certaine qualité de vie et le rejet des contraintes du travail et une intensification du travail liée à une plus forte pression des employeurs du fait de la montée du chômage, « alors que les luttes collectives sont désinvesties au profit de la survie en tant que travailleur individuel » (Cathébras, 1991, p. 77). Le repli sur la vie privée expliquerait que les contraintes de travail soient moins acceptées alors même qu'elles sont de plus en plus fortes du fait du contexte économique. Mais comme le remarque Pascal Cathébras (1991), cette analyse cadre mal avec l'idée de surinvestissement et d'idéalisation du travail qui semble jouer un rôle très important dans les mécanismes psychopathologiques du *burn out*. Ce ne serait pas le désintérêt pour le travail qui expliquerait les troubles mais bien plutôt des attentes trop fortes – donc plus facilement déçues – et non satisfaites.

Par ailleurs, cette analyse est cohérente avec la fréquence plus élevée de ce diagnostic au sein des professions d'aides. Le travail sur l'humain, notamment lorsqu'il s'agit de porter secours à celui qui est fragilisé par la maladie ou la pauvreté, est nécessairement

porteur d'une forte charge émotionnelle. L'idéologie professionnelle des travailleurs des ces secteurs ne peut que valoriser l'importance de la mission et de l'engagement personnel de celui qui s'y consacre. Il ne serait donc pas surprenant que l'idéalisation du métier soit plus fréquente dans ce type d'activité que dans d'autres. Mais dans le même temps, le travail relationnel est porteur d'incertitudes ; il n'est pas possible de prévoir comment l'autre va se comporter, va recevoir le service, s'il va exprimer ou non de la reconnaissance, de la gratitude. La réalité peut donc facilement différer de la situation idéalisée par l'idéologie professionnelle. Le *burn out* risque d'apparaître alors que la vocation est déçue (Scarfone, 1985). Mais le *burn out* n'est pas seulement une décompensation face à des attentes déçues, il est aussi un discours sur la bonne relation au « client ». Il s'inscrit dans le processus de rationalisation du travail relationnel : l'engagement personnel incontrôlé doit laisser la place à une distanciation toute professionnelle. Ce phénomène sera discuté en profondeur dans le chapitre 3 consacré à l'exemple des infirmières.

VI - Mauvaise fatigue et processus de civilisation

Qu'il s'agisse de l'acédie des moines, de la mélancolie aristocratique ou de la neurasthénie, l'idée d'un manque de force, d'une fatigue sans lien avec le travail physique, se développe à chaque fois dans le cadre d'un processus de rationalisation et de contrainte. L'individu doit se plier à de nouvelles règles et accepter de nouvelles interdépendances : l'enfermement monastique, la curialisation, le capitalisme individualiste. L'exemple extrême est celui de l'anachorète qui doit mener une vie contemplative, mais non oisive. C'est pour lui qu'est inventée dès le IVe siècle la notion d'acédie. Seule la pression sociale intériorisée peut le contraindre à s'astreindre quotidiennement au travail manuel et intellectuel, à une époque où l'autocontrainte est faible et la pression sociale directe par le groupe d'appartenance reste très forte. Le trouble, qui s'exprime dans l'idée de fatigue « contre nature », est à la fois une réaction individuelle, que l'on pourrait qualifier de psychosomatique, face à des conditions perçues comme « aliénantes » et une mise hors-norme, par le système social, d'individus rendus inadaptés par le changement des règles du jeu (par exemple le courtisan qui se suicide, ou retourne sur ses terres, pour ne pas avoir pu intérioriser les règles subtiles de la société de

cour). La nécessité croissante d'une autocontrainte de l'individu et une nouvelle perception sociale du temps constituent deux facettes importantes du processus qui peuvent favoriser le développement de discours sur la fatigue.

La vie monastique, la société de cour ou le capitalisme exigent de l'individu la soumission à des règles et des contraintes qui ne peuvent être ignorées sous peine de sanctions de diverses natures. Le savoir sur le corps et sur la maladie est un bon moyen pour que l'individu s'impose à lui-même ces contraintes. Si les premiers capitalistes protestants, décrits par Max Weber, travaillaient pour se persuader de leur prédestination, le bourgeois du XIXe siècle travaille, entre autres raisons, pour le salut de son esprit et pour sa santé mentale. Le contrôle social par la maladie est d'autant plus efficace qu'il est intériorisé. Celui qui se sent apathique et fatigué parce qu'il a paressé toute la journée se sentira plus coupable que celui à qui un reproche ou un sermon extérieur sont administrés.

Mais cette condamnation et ce contrôle social, les moines, l'aristocratie, puis la bourgeoisie l'exercent d'abord, voire essentiellement, sur leurs propres membres. L'objectif est donc plus de normaliser que d'exclure. Le moine acédiaque, au moins pour Evagre le Pontique, la femme vaporeuse du XVIIe siècle, l'oisif du XIXe sont condamnés mais intégrés et acceptés dans leur communauté tant qu'ils n'en menacent pas la survie. Ils en constituent des personnages pittoresques mais ne sont pas rejetés et peuvent même bénéficier d'un certain prestige. Leur vie n'est pas un exemple à suivre, mais eux-mêmes sont jugés plus victimes que coupables. Ils sont pris dans un mouvement de civilisation à la fois stigmatisé et perçu comme inéluctable. La position des élites vis-à-vis de ce mouvement de civilisation est ambiguë. A la fois conscientes et fières d'en être les représentantes, elles en sentent également les premières les contraintes nées des nouvelles interdépendances. Ainsi, le noble de cour se sent comme le représentant le plus distingué de « l'homme civilisé », mais il subit également la nécessité de devoir contrôler à chaque instant ses pulsions et ressent la perte de son pouvoir et de son autonomie. Se révolter ouvertement contre ces contraintes serait, pour lui, se faire exclure de la cour et s'exclure soi-même de ce mode de vie civilisé auquel il accorde tant de valeur et qui le distingue des roturiers. Celui qui se sent trop « perdant » dans ce processus, peut se réfugier dans cette déviance acceptée que représente la maladie. Le

discours sur la maladie, le savoir médical, la distinction progressive entre une bonne et une mauvaise fatigue deviennent des moyens de gérer, à la fois collectivement et individuellement, certaines contradictions du processus de civilisation, de contrôler et d'intégrer les éventuels perdants tout comme les adeptes trop zélés. Le discours sur la mauvaise fatigue est un discours sur les justes milieux : si le courtisan méprise celui qui ne se plie pas aux bonnes manières, le précieux, qui y attache trop d'importance risque non seulement d'être ridicule, mais également d'être trop sensible, c'est-à-dire fragile des nerfs. De la même façon, les médecins du XIXe siècle valorisent et glorifient les progrès de la connaissance et de la civilisation, mais s'inquiètent – dans leurs écrits sur la mélancolie, l'hypocondrie ou la neurasthénie – des conséquences de l'excès de travail intellectuel de certains.

Les discours sur la fatigue traduisent également une évolution dans le rapport social au temps, résultat direct du processus de civilisation. Le temps n'est pas une donnée universelle de l'expérience humaine. Au contraire, la conscience du temps, liée au développement des instruments de sa mesure, est une construction historique qui trouve son principe dans le processus de civilisation. Un découpage de plus en plus précis du temps est en effet nécessaire pour assurer la coordination de l'activité d'un nombre croissant d'individus en situation d'interdépendance. Plus les configurations d'interdépendances qui lient les hommes entre eux sont riches et complexes, plus la notion de temps devient un élément indispensable des habitus individuels (Elias, 1997b). Processus de civilisation, conscience et découpage du temps et discours sur la fatigue sont ainsi indissolublement liés. Une des premières manifestations de ce lien est l'acédie des moines. Or, la société monastique invente justement, quelques siècles avant le « siècle », le découpage de la journée en périodes de temps bien précises, étant chacune destinée une activité propre (Moulin, 1978). Il s'agit d'un premier pas dans le passage d'un temps polychrone, flou et imprécis à un temps monochrone et spécialisé (Hall, 1984). Dans le temps polychrone, la flânerie, les rapports sociaux de toute nature sont intégrés à l'activité, « l'accent est mis sur l'engagement des individus et l'accomplissement du contrat plutôt que sur l'adhésion à un horaire préétabli. Les rendez-vous ne sont pas pris au sérieux et, par conséquent, souvent négligés ou annulés [...]. Les individus polychrones perçoivent rarement le

temps comme perdu et le considèrent comme un point plutôt qu'un ruban ou une route » (idem, p. 58). Le temps monochrone des sociétés modernes est, au contraire, découpé en tranches spécialisées sur une activité unique. Travail et loisir notamment sont bien séparés. « En fait, la vie professionnelle, sociale, et même sexuelle d'un individu est généralement dominée par un horaire ou un programme. En programmant, on compartimente : ceci permet de se concentrer sur une chose à la fois mais se traduit aussi par un appauvrissement du contexte de communication interindividuelle » (*idem*, p. 60). Dans le temps monochrone, l'idée de contrainte et l'angoisse de ne pas réussir à remplir le programme prévu pèsent beaucoup plus sur l'individu. Le capitalisme et le mouvement de rationalisation vont grandement contribuer à étendre l'emprise du temps monochrone.

Le développement de la distinction entre bonne et mauvaise fatigue est le produit de la distinction croissante entre activité de loisir et activité sous contrainte. L'invention de la mauvaise fatigue est le pendant de celle de la bonne fatigue ; elle est donc liée à la naissance des loisirs comme moment du temps distinct du travail, du temps contraint. La bonne fatigue est produite par l'activité, le plus souvent physique, librement consentie, l'activité vécue comme naturelle. Ainsi, l'apparition et le développement, dans la deuxième partie du XVIIIe siècle, parmi les couches aisées de la population des promenades en montagne ou en forêt, des bains de mer, sont l'occasion de discours nouveaux sur la distinction entre bonne et mauvaise fatigue. Le passage du temps polychrone au temps monochrone, introduit, dans les représentations, le partage entre un temps de travail essentiellement tourné vers le travail, et un temps de loisir perçu comme le moment où l'individu pourra enfin donner libre cour à ses « penchants naturels » sans la contrainte imposée par le système productif. Or cette distinction, qui se développe dans la perception du temps, entre temps contraint et temps non contraint apporte le terreau fertile de la séparation entre bonne et mauvaise fatigue. La bonne et la mauvaise fatigue ne peuvent exister que si les activités respectives qui les provoquent peuvent être clairement séparées.

En plus de la représentation d'une mauvaise fatigue, le temps monochrone porte en lui l'idée de rendement, de programmes et de délais à respecter. L'effet, du point de vue de la fatigue, est double : d'une part la fatigue comme limite de l'activité et de la

volonté humaine est fortement soulignée et mise en lumière et, d'autre part, se développent l'angoisse de ne pas tenir le rendement, la frustration de ne pas réaliser sa tâche totalement. C'est en ce sens que le sociologue Jean-Claude Guyot (1982) définit la fatigue comme une « pathologie du temps ». Cette angoisse liée au temps est d'autant plus forte que les modes de travail sont de moins en moins dictés par la tradition.

Chapitre II
La difficile reconnaissance de la mauvaise fatigue des ouvriers

Le succès des différentes entités cliniques qui ont conduit à l'idée actuelle de mauvaise fatigue s'est manifesté essentiellement au sein des milieux sociaux les plus favorisés et en rapport avec des activités intellectuelles plutôt que manuelles. Les travaux médicaux sur la neurasthénie voyaient la fatigue ouvrière comme essentiellement musculaire et longtemps le travail intellectuel est perçu comme plus fatigant que le travail manuel. Il faut attendre les recherches de psychophysiologie du travail et de médecins « engagés » (proches de la « sociale démocratie » comme Mosso ou du parti communiste comme Lahy, Wallon ou Le Guillant) pour que la fatigue nerveuse liée au travail manuel soit décrite. La démocratisation de la société et le travail des syndicats, après la deuxième guerre mondiale ont permis alors de populariser l'idée de « charge mentale » attachée au travail manuel. Les représentations de la fatigue parmi les ouvriers font écho à cette moindre reconnaissance par la médecine : d'une part les plaintes de fatigue ont tendance à être limitées et d'autre part, les représentations de la fatigue dans les discours ouvriers sont encore structurées autour de la figure de l'usure plutôt que de celle de la mauvaise fatigue.

I - La fatigue ouvrière est d'abord perçue comme une fatigue physique

Dès le début du XVIIIe siècle, deux évolutions vont contribuer à une très timide prise en compte de l'usure des classes laborieuses : l'intérêt de l'Etat pour la population, richesse du pays, et la philosophie des Lumières. Le monopole fiscal de l'Etat est un élément clé du processus de civilisation. Dans ce cadre, un intérêt croissant est porté à la santé des sujets. « C'est avec les problèmes

que pose à l'appareil bureaucratique l'évaluation de la richesse du royaume qu'émerge progressivement la notion de population, c'est-à-dire une représentation de l'ensemble des individus vivant sur un territoire donné et qui, par leur travail, produisent cette richesse sous différentes formes. La population définit le rapport à un espace physique d'un corps social doté en quelque sorte d'une vie organique, donc capable de se développer mais aussi de s'affaiblir. D'où l'intérêt porté à l'évaluation démographique de cette force productive et l'attention accordée aux naissances et aux décès et à ce qui peut les favoriser. Un processus s'étend qui voit l'Etat chercher à étendre son autorité protectrice à la santé des populations » (Pinell, 1998, p. 40). L'action étatique a surtout concerné le contingentement des épidémies, l'assainissement des marais et le contrôle de la formation des sages-femmes et des chirurgiens et peu la fatigue du peuple. Des préoccupations à ce sujet peuvent néanmoins être trouvées chez certains grands serviteurs du pouvoir royal comme Vauban. Pour le Maréchal de France (1663-1707), auteur d'un *Mémoire sur la condition des artisans* et d'un très controversé *Projet de dîme royale*, les sujets les plus pauvres du royaume, notamment les artisans et les manœuvriers (les ouvriers agricoles), écrasés par le travail et par l'impôt, risquent d'être rapidement décimés. Or ils sont nécessaires à la richesse du pays. Vauban calcule ainsi le budget des foyers soumis à l'impôt et démontre que les revenus trop faibles par rapport aux besoins « normaux » d'une famille conduisent ces travailleurs au surmenage et à une alimentation insuffisante, tous deux responsables d'une plus grande mortalité. Il préconise donc, pour préserver le potentiel de richesse lié à la population, de répartir sur tous les sujets l'impôt, ce qui lui vaudra sa disgrâce en 1707. Les réflexions de Vauban sont prolongées par un autre « ingénieur » militaire, Charles-Augustin Cournot dans son *Mémoire sur la force des hommes* (1778). L'objectif est, pour lui, de maximiser, à niveau de fatigue constante, l'effet du travail des hommes (Vatin, 1999). En ce sens, ses recherches préfigurent celle de la psychophysiologie du travail plus d'un siècle plus tard (Mosso, Marey, Amar, etc.).

Les philosophes des lumières, quant à eux, remettent en cause l'idée d'une « faute originelle » à expier et développent l'idéal d'égalité entre les hommes (et donc l'injustice qu'il y a à voir certains épuisés par des fatigues extrêmes), la plus grande attention

au corps (liée à la « découverte » de l'individu mais aussi aux premières améliorations de l'état de santé) et le modèle du travail libre et salarié qui fait de la capacité de travail la seule possession (et sécurité) du prolétaire. L'idée d'une fatigue excessive et de l'usure physique pathologique qui en découle pour certains types de travaux peut alors faire son apparition. Diderot sera ainsi un défenseur des artisans et ouvriers épuisés par le travail et la misère, même si le travail en lui même reste une condition du bonheur et de la santé. Dans sa *Réfutation d'Helvétius*, il constate : « Il y a beaucoup d'états dans la société qui excèdent de fatigue, qui épuisent promptement les forces et qui abrègent la vie. » De même, certains ecclésiastiques, comme l'abbé ardennais Jean Meslier, développent les mêmes arguments : « Les pauvres se tuent par des excès de fatigue et de travail alors que de riches fainéants vivent dans la continuelle oisiveté » (1729). En cas de partage équitable des tâches, Meslier prévoit ainsi une disparition de cette usure au travail (Dommanget, 1965).

Au XIXe siècle, le mouvement hygiéniste, préoccupé par la « question sociale » (misère et révolte des ouvriers) et les questions de renouvellement de la population, s'intéresse également au thème de l'usure et de la fatigue ouvrière[26], même si cette question reste secondaire. En France, Louis René Villermé, dans son étude sur les ouvriers des manufactures du textile, approfondis l'étude de l'usure au travail et intègre la fatigue à un modèle que l'on pourrait qualifier aujourd'hui « d'environnementaliste », de la santé. Il écrit (Villermé, 1989, p. 508-509), « c'est d'une manière indirecte, médiate, ou par les conditions de nourriture, de vêtement, de logement, de fatigue, de durée de travail, de mœurs...etc., dans lesquels se trouvent les ouvriers, que les professions agissent le plus souvent en bien ou en mal sur leur santé ou celle de leur famille. Cette règle doit être regardée comme générale. » La fatigue au travail est bien considérée comme un facteur explicatif

[26] Là encore, les médecins britanniques jouent un rôle de précurseurs. Dès les années 1830, Peter Gaskel impulse un ensemble d'études de médecine industrielle. Il écrit, en 1836 (dans *Artisans and Machinery, The moral and physical condition of the manufaturing population*) : « D'une façon générale, on peut dire que les travailleurs d'usine n'ont pas beaucoup de maladies que l'on pourrait décrire avec précision ; presque tous, pourtant souffrent de troubles pathologiques qui se manifestent par des symptômes tels que des embarras gastriques et des phénomènes secondaires corrélatifs dans le système nerveux ; les conséquences en sont la mélancolie, l'irritabilité nerveuse et un épuisement général » (cité dans Schivelbusch, 1990, p. 124).

de l'état de santé, mais de façon secondaire par rapport à la qualité de l'air, de l'alimentation et les mœurs qui occupent plus de pages dans l'ouvrage. Pourtant, Villermé ne semble pas considérer la fatigue et l'usure au travail comme condamnables, mais plutôt comme faisant partie de la nature des choses, comme propres à certaines activités qui ne peuvent être supprimées car socialement utiles. Il est, de même, opposé à la limitation de la durée de travail des adultes : « On ne peut demander au pouvoir de prévenir tous les malheurs, comme au médecin de guérir toutes les maladies » (p. 557). Ce qui est plus « pathologique », ce sont les mauvaises mœurs des ouvriers des manufactures, qui peuvent ainsi être rendus responsables de leur fatigue : « Les ouvriers à la tâche ou aux pièces peuvent ordinairement se reposer quand il leur plaît et, s'ils le veulent, s'épuiser de fatigue pendant trois ou quatre jours, pour se livrer à d'autres excès le reste de la semaine » (p. 403) ; d'où la préférence de Villermé pour le travail à la journée. Un peu plus loin il précise, à propos des adultes, « bien souvent, ils ne sont misérables que par leur faute » (p. 561). La fatigue des ouvriers des manufactures n'est donc pas une situation atypique : « Les ouvriers de nos manufactures n'ont pas, à l'exception des enfants, un labeur plus pénible que les autres, que ceux surtout de l'agriculture » (p. 561). L'ancien médecin militaire ne veut pas non plus faire de la mécanisation la source de nouvelles pathologies ni de nouvelles formes de fatigues liées au monde moderne. « Il n'est pas vrai qu'une chute d'eau ou une pompe à feu [qui permettent de mettre en mouvement l'ensemble des machines de la manufacture] soit pour les ouvriers une nouvelle cause de fatigue : bien loin de là, elle les en affranchit » (p. 531-532). Au total, la médicalisation de la fatigue des adultes menée par Villermé reste timide (ne pas remettre en cause le libéralisme ni le capitalisme industriel) et ne débouche pas sur des propositions de « médecine sociale » pour limiter la fatigue[27].

Le principal engagement social de Villermé (en dehors de quelques propositions techniques sur l'aération des ateliers ou la pose de grilles de protection sur certaines machines) porte sur la

[27] Même si Villermé n'est pas favorable à la réglementation du temps de travail des adultes, les partisans de cette mesure, comme le député Martin Nadaud, reprendront souvent comme arguments les travaux du médecin. Au niveau des idées, ceux-ci ont donc joué un rôle important dans la médicalisation des problèmes sociaux et de la fatigue.

fatigue des enfants. Il écrit notamment, « comment ces infortunés, qui peuvent à peine goûter quelques instants de sommeil, résisteraient-ils à tant de misères et de fatigues ? Ce long supplice de tous les jours qui ruine principalement leur santé dans les manufactures de coton » (p. 415). Contrairement à ses convictions libérales affirmées pour les adultes, Villermé propose une limitation légale (mais non une interdiction) de leur durée de travail. Ce souci pour la santé des enfants s'inscrit tout à fait dans le cadre d'un libéralisme modéré : si les enfants doivent être pris en charge par la société c'est parce qu'ils ne peuvent pas être reconnus comme totalement responsables de leur sort : « Trop souvent victimes des débauches et de l'imprévoyance de leurs parents, ils ne méritent jamais leurs malheurs » (p. 413). La limitation du travail des enfants est justifiée par deux types de raisons : des arguments physiologiques et des arguments moraux.

D'un point de vue physiologique un travail trop dur entraîne une usure prématurée des jeunes des classes laborieuses (constatée lors de la conscription) qui pourrait devenir préjudiciable à l'industrie (manque de main d'œuvre) et à la défense du pays. Sur le plan de la moralité, les trop grandes journées de travail et de promiscuité avec les « vices » des adultes au travail et la fatigue empêchent le jeune enfant d'avoir une éducation morale et religieuse, de développer des principes spirituels. Mais de ces deux préoccupations, la préoccupation morale semble l'emporter : « Quant à la comparaison des enfants qui vivent oisifs dans les rues des villes, et d'autres qui travaillent dans les grands ateliers, elle ne prouve qu'une chose que l'on savait déjà bien : c'est qu'il vaut mieux, sous le rapport moral, employer les enfants dans les manufactures que les laisser vagabonder toute la journée sur la voie publique » (p. 427).

La fatigue des ouvriers devient un sujet de préoccupation dans la mesure où les pouvoirs publics, les employeurs et les bourgeois philanthropes prennent conscience de l'importance du facteur humain dans la production industrielle. La nécessité d'avoir des ouvriers plus productifs, mieux adaptés à la mécanisation et à la rationalisation de la production ainsi que des citoyens mieux intégrés et en bonne santé ainsi que des soldats efficaces est à l'origine de l'intérêt pour l'usure des ouvriers ; d'autant que dans la seconde partie du XIXe siècle, la fatigue, les conditions et la durée du travail apparaissent, de façon certes secondaire dans les

revendications ouvrières. Les interdépendances qui lient de façon de plus en plus forte les riches et les pauvres (de Swaan, 1995) conduit donc les seconds à s'occuper de la fatigue des premiers, mais sur un registre essentiellement physique.

II - De la psychophysiologie de la fatigue à la psychopathologie du travail

A partir des années 1880, les travaux sur la fatigue liée au travail industriel deviennent de plus en plus nombreux et changent de nature. Un nouveau projet d'étude psychophysiologique[28] de la fatigue se construit dans le prolongement des recherches de Coulomb et de Lavoisier. Ce dernier, dans son *Mémoire sur la respiration des animaux* (1789) propose de considérer la consommation d'oxygène comme un moyen de mesurer indirectement la « somme des efforts », sorte d'équivalent mécanique de la fatigue. « On pourrait même évaluer ce qu'il y a de mécanique dans le travail du philosophe qui réfléchit, de l'homme des lettre qui écrit, du musicien qui compose. Ces effets, considérés comme purement moraux, ont quelque chose de physique et de matériel qui permet, sous ce rapport, de les comparer avec ceux de l'homme de peine » (cité dans Vatin, 1999, p. 50). Avec Coulomb et Lavoisier est esquissé le programme d'une nouvelle science de la fatigue qui se concrétise à la fin du XIXe siècle. Trois études marquent le début de ce mouvement , l'article du médecin britannique Poore publié en 1875 dans *The Lancet* (« *On fatigue* »), l'ouvrage du docteur Carrieu, *De la fatigue et de son influence pathogénique*, publié à Paris en 1878 (Rabinbach, 1979) et l'article d'Auguste Chauveau publié en 1888 dans la *Revue Scientifique* (« *Du travail physiologique et de son équivalence* »), dans lequel l'auteur propose la constitution d'une

[28] Le terme de psychophysiologie renvoie au constat du caractère très limité d'une pure physiologie : l'étude chimique de la fatigue ou de la fatigabilité d'un muscle excité de façon artificielle (par exemple par une impulsion électrique). Dès que l'on étudie la fatigue du point de vue du rendement du travail humain, la « volonté » du sujet entre en jeu (il est possible d'exciter électriquement un muscle que le sujet n'a plus la « volonté » de contracter). Mais la « volonté » n'est pas perçue ici comme une dynamique psychosociale, mais plutôt dans sa dimension organique, voire « énergétique ». Les travaux de psychophysiologie de la fatigue sont présentés dans plusieurs publications : Friedmann (1945, p. 44 à 119), Rabinbach (1979 et 1990), Schivelbusch (1990, p. 119 à 160) Corbin (1995) et Vatin (1996 et 1999, p. 33 à 106).

énergétique de la fatigue musculaire. Ces travaux initiaux seront suivis de nombreux autres jusqu'aux années 1930. L'ouvrage le plus souvent cité est celui du physiologiste italien Angelo Mosso, *La fatigue intellectuelle et physique* (1895). En France, il faut citer les travaux de Jules-Etienne Marey (*La machine animale*, 1878), d'Armand Imbert (*Le mode de fonctionnement économique de l'organisme*, 1902), de Jules Amar (*Le moteur humain et les bases scientifiques du travail professionnel*, 1913), et de Jean-Maurice Lahy (*Le système Taylor et la physiologie du travail industriel*, 1916). En Belgique, Ernest Solvay (*Note sur les formules d'introduction à l'énergie physio et psycho-sociologique*, 1902) crée en 1894 l'Institut de Physiologie qui accueille en 1898 les recherches de Josépha Joteyko (*La fatigue*, 1920). L'ambition de ces différentes recherches est double : augmenter la productivité du travail tout en réduisant la fatigue et l'usure de la force de travail et promouvoir une gestion scientifique de la main-d'œuvre. La science de la fatigue doit être le moyen d'apporter une réponse rationnelle à la lutte des classes. Ainsi, pour Angelo Mosso (*La fatigue intellectuelle et physique*, 1895), les critiques adressées par Karl Marx au système de la fabrique et au machinisme sont parfaitement fondées[29], mais la révolution lui semble une voie incertaine et sanguinaire. La limitation progressive des souffrances ouvrières grâce à la diffusion des nouvelles connaissances en physiologie du travail serait donc préférable du point de vue du progrès social. Pour Anson Rabinbach (1990, p. 121), « ces savants voyaient la physiologie industrielle à l'intersection de la politique sociale et de la médecine ».

Un des plus célèbres d'entre-eux, du fait de sa participation involontaire à l'histoire du cinéma, est le médecin et physiologiste français Etienne-Jules Marey (1830-1904). Dans une logique « scientiste » il postule l'homologie entre la machine et l'animal, mais à une différence notable près : contrairement à la machine, l'animal ne peut travailler sans interruptions, il existe des limites qui s'expriment notamment à travers la fatigue et le surmenage. L'étude du mouvement, notamment par la chronophotographie, et la décomposition des tâches doivent permettre de limiter la fatigue en supprimant les mouvements brusques et discontinus. Ce programme est complété par les recherches de Chauveau sur

[29] A propos du *Capital*, cet auteur parle de « meilleur livre du socialisme ».

l'énergie dépensées par le muscle. Le but des travaux sur la fatigue devient alors, pour Jules Amar, de trouver « la loi du moindre effort »[30] et les seuils au delà desquels la fatigue physique devient mauvaise pour l'organisme. Les recherches des physiologistes portent aussi sur la chimie de la fatigue qui montre qu'une fatigue physique excessive produit une sorte d'empoisonnement du sang. A partir de cette base, l'allemand Weichardt propose en 1904 de mettre au point, avec du sang d'animaux ayant produit d'importants efforts, un vaccin contre les effets physiologiques néfastes de la fatigue. Plusieurs facteurs peuvent aggraver ou limiter l'impact du surmenage sur la santé comme par exemple l'aspect diététique de la dépense musculaire – la productivité supérieure des ouvriers anglais est ainsi attribuée à une alimentation de meilleure qualité et notamment plus riche en viande – ; la variation des activités de travail au cours de la journée ; ou encore, dans l'esprit des recherches plus anciennes, telle celle de Villermé, la qualité de l'aération des ateliers.

Mais le noyau central de ces travaux réside dans la recherche des règles optimales d'utilisation de la machine humaine. Il s'agit, selon Jules Amar, « de proportionner les éléments du travail pour que les muscles se contractent sans douleur et sans excès de fatigue locale » (cité dans Corbin, 1995, p.280). La fatigue locale excessive, en effet, met en danger l'ensemble de l'organisme de par les mécanismes chimiques qu'elle entraîne. De plus, quand le muscle est dépassé par l'effort à fournir le système nerveux doit « entrer en jeu plus activement » (Mosso, 1894), ce qui conduit à une forme encore plus pathologique, dans l'esprit des auteurs de l'époque, de fatigue. Ces considérations sur les lois de fonctionnement du moteur humain conduisent les spécialistes de la fatigue industrielle à s'opposer à Taylor. C'est ainsi que dès 1916, le français Jean Marie Lahy dénonce les dangers du taylorisme pour la santé des ouvriers comme pour la productivité. En méconnaissant les règles du moteur humain, « les dépenses d'énergie et leur récupération nécessaire » (Lahy, 1916, cité dans Clot 1995), cette organisation du travail réduit en fait la productivité. « A supprimer ces rythmes de réparation, on diminue

[30] Pour Jules Amar (*Le moteur humain et les bases scientifiques du travail professionnel*, 1913) celle-ci réside dans la recherche du « minimum de fatigue à production égale ou du maximum de production à fatigue égale » (cité dans Corbin, 1995, p. 280). Le projet est en fait le même que pour Coulomb.

étrangement la durée du travail utile. » « Selon Lahy, l'usage rationnel du chronomètre doit se polariser sur le perfectionnement de la technique par l'analyse de gestes efficaces économes en efforts » (Clot, 1995, p. 198) : c'est-à-dire maximiser la production en minimisant la fatigue. Si la fatigue physique est prise en compte, sous la forme du surmenage, c'est donc autant au nom de la production et de la productivité que de la santé. La science de la fatigue doit être la clé de voûte d'un nouveau compromis social.

L'application pratique la plus importante des recherches des spécialistes du surmenage ouvrier est probablement la tentative de mise en place d'une sélection rationnelle des travailleurs pour chaque poste. Il s'agit d'adapter l'homme à son travail de façon à éviter les gaspillages et les souffrances liés à la sélection « sur le tas ». Au niveau institutionnel, ce mouvement est représenté, entre autres, par la « Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentale » créée le 8 décembre 1921 par le docteur Edouard Toulouse[31]. C'est notamment à propos des effets néfastes sur le plan psychique des « mauvaises » orientations professionnelles (thème cher à la Ligue) qu'est étudiée la fatigue. Dans l'organe de la Ligue daté du premier juin 1929, on peut lire par exemple, dans un article du docteur Weinberg sur « L'orientation professionnelle et la joie au travail » (p. 19 et 20) : « Comment faire le choix de l'orientation professionnelle ? En soumettant les enfants sortant des écoles à des examens médicaux et psychologiques [...]. L'immense majorité se répartit dans les métiers et les professions au gré de circonstances fortuites, des annonces, des relations, du hasard. Conséquence d'un tel état de chose : instabilité de la main d'œuvre, fréquence des accidents du travail, ennui et fatigue pour le travailleur [...]. Le choix du métier ne doit pas être laissé au hasard. Il doit être basé sur la détermination scientifique des aptitudes de l'enfant. » Les liens entre fatigue et inadaptation au travail étant « démontrés » par les « tests de fatigabilité », la prévention de la fatigue passe, pour la Ligue, par « l'orientation scientifique ». La sélection est justifiée, d'après les spécialistes de la fatigue industrielle, par les différences physiologiques entre individus ; par exemple les mesures réalisées grâce à l'ergographe d'Angelo Mosso, montrent que les seuils de fatigue sont très variables d'un individu à l'autre, de même que la

[31] Une partie des archives de cette organisation, jusqu'en 1929, est disponible aux Archives Nationales, cote F22.529.

résistance aux différentes formes de fatigue. Ainsi, selon Mosso, certaines personnes peuvent supporter des travaux très pénibles physiquement, mais pas la lecture d'un roman ou la rédaction d'une lettre. Pour cet auteur, « un des caractères les plus intimes par lesquels un individu se définit est bien la manière dont il se fatigue ; d'autant que ce trait de l'idiosyncrasie se révèle constant » (Mosso, 1905). Il est donc nécessaire, dans cette optique, que chacun soit dirigé vers l'activité qui lui convient le mieux. Le thème de la sélection professionnelle occupe une place importante également dans les travaux de Jean-Maurice Lahy. Il crée ainsi en 1924, pour la RATP, un laboratoire de psychotechnique pour tenter de mettre en place une mesure scientifique de l'aptitude professionnelle. La conduite de véhicules chargés de passagers exige un niveau de sécurité élevé ; les conducteurs doivent donc présenter de grandes capacités de résistance à la fatigue et à la tension nerveuse. C'est pour cela que seuls ceux dont le système nerveux permet un effort soutenu et régulier doivent être recrutés : « Dans l'examen physiologique auquel on procède avec le dynamographe et l'ergographe, il s'agit surtout d'explorer l'état des commandes nerveuses qui agissent sur le muscle. Quiconque a essayé de maintenir aussi longtemps que possible un poids soulevé, ou simplement une main tendue, s'est rendu compte qu'après un temps dont la durée varie avec l'importance du poids, mais qui a toujours une limite, même s'il s'agit de la main tendue et vide, l'effort musculaire du début se transforme en effort de la volonté. A mesure que la fatigue grandit, on sent le cerveau prendre le pas sur le muscle et l'inciter à dominer la douleur causée par la fatigue » (Lahy, 1927, cité dans Clot 1995). « En tentant de mesurer le seuil de tolérance que le cerveau offre à la montée de la fatigue en situation aléatoire de conduite urbaine, J.M. Lahy cherche à tester l'aptitude des conducteurs à résister à l'épreuve de leur tâche » (Clot, 1995, p. 200). Avec les nouvelles interdépendances (la vie des passagers et des piétons est entre les mains du conducteur, l'activité économique a besoin de la mobilité géographique permise par les transports publics) et les nouvelles technologies (les bus automobiles), la fiabilité du facteur humain devient une question centrale.

Dans quelle mesure ces travaux sur la psychophysiologie de la fatigue constituent une reconnaissance de la mauvaise fatigue liée au travail ouvrier ? Les travaux sur la neurasthénie ont longtemps

reposé sur l'idée qu'il s'agissait d'une « maladie de riches ». Alors que la mauvaise fatigue est une manière socialement acceptée pour les élites économiques et intellectuelles d'exprimer leur souffrance morale face aux nouvelles contraintes nées du processus de civilisation, le droit d'en souffrir n'est pas accordé aux pauvres. Cette différence repose sur le préjugé selon lequel le travail ouvrier ou paysan serait surtout musculaire. Or les travaux des psychophysiologistes de la fatigue défendent justement la thèse de l'unicité de la fatigue ou de l'impossibilité de dissocier, dans le travail humain, ce qui relève de la stricte fatigue musculaire de ce qui relève de la volonté ou du système nerveux central. L'ouvrier travaille aussi avec son cerveau car c'est lui qui commande au muscle de continuer à travailler malgré la fatigue locale. Ainsi, pour Mosso, il n'y a qu'une seule mesure générale de la fatigue : la force nerveuse, dont la dépense peut être occasionnée aussi bien par le travail musculaire que par le travail intellectuel. Mais ce n'est que de façon secondaire que la force nerveuse entre en jeu dans le travail musculaire, quand il y a surmenage, alors que le travail intellectuel peut provoquer directement un épuisement nerveux. « L'organisme est plus éprouvé par le travail quand il est déjà fatigué, précisément parce que le muscle qui dans son activité normale avait déjà dépensé l'énergie ordinairement disponible se trouve obligé, pour produire un nouveau travail, de faire appel aux forces qu'il tenait en réserve, et le système nerveux doit dans ces conditions entrer en jeu plus activement lui-même et quand ce dernier s'épuise, fatalement le muscle épuisé ne peut plus se contracter que mollement » (Mosso, 1905, p. 92). Pour Josépha Joteyko, « le sentiment de fatigue » est un mécanisme d'origine centrale qui entre en jeu quand le message de la fatigue locale n'a pas été suffisamment écouté, il a donc une base physiologique.

Le projet scientifique de dégager une mesure de la fatigue pouvant démontrer le fondement physiologique du « sentiment de fatigue » induit toutefois chez ces auteurs la tentation d'assimiler l'impression subjective de fatigue exprimée à une dépense de « force nerveuse » physiologique. C'est le cas lorsque Mosso décrit la fatigue du professeur après la leçon. Dans son ouvrage, Mosso consacre en fait le plus grand nombre de pages au travail intellectuel. Les pathologies présentées par les travailleurs intellectuels sont alors perçues comme plus graves que celles des travailleurs manuels. Si les artistes ou les chercheurs peuvent

parfois compenser ce phénomène grâce à la maîtrise qu'ils ont de leur temps de travail, cela n'est pas le cas, estime Mosso, des hommes politiques et des hommes d'affaire qui présentent souvent de graves troubles liés au surmenage cérébral. De même, le physiologiste italien estime que le travail de création serait particulièrement coûteux en « force nerveuse », comme le montrerait, d'après lui, la faible proportion d'obèses parmi les écrivains et les artistes. Dans une certaine mesure , la mauvaise fatigue reste plutôt l'apanage des classes aisées. Une telle orientation peut alors donner lieu à une lecture partisane : si la fatigue intellectuelle a un coût physiologique plus important que la fatigue physique, les ouvriers ne sont pas légitimés à réclamer des revenus comparables à ceux des fonctions intellectuelles. La théorie marxiste de l'exploitation de l'ouvrier par le propriétaire des moyens de production, supposé ne réaliser aucun travail, serait ainsi remise en cause. La direction d'une usine, la commercialisation des produits seraient des tâches entraînant de fortes dépenses d'énergie nerveuse et qui doivent être rémunérées en conséquence. Ce discours est parfaitement clair dans l'ouvrage de l'économiste André Liesse (*Le travail au point de vue scientifique, industriel et social*, 1899). Il écrit ainsi, « le travail mental [...] présente dans ses conséquences les mêmes caractères chimiques et physiologiques que le travail musculaire. Dans l'un et l'autre cas, il se forme – surtout sous l'influence de la fatigue où ils sont très apparents – des résidus des déchets, qui sont le plus souvent des urates. En cette circonstance, l'infériorité est pour le travail mental. L'individu qui pense ou écrit se débarrasse beaucoup moins bien de ces cendres physiologiques que les travailleurs musculaires » (cité dans Vatin, 1996).

Mais cette vision d'une fatigue reposant essentiellement sur des bases physiologiques est progressivement remise en cause au sein même du courant de la psychophysiologie. Le sentiment subjectif de fatigue et plus encore celui de lassitude apparaissent comme indépendants des mécanismes physiologiques mesurés par des appareils comme l'ergographe de Mosso, qui ne rendent compte, en fait, que de l'effort produit. De même, Binet montre en 1898 qu'il n'est pas possible de relier l'augmentation de l'effort intellectuel fournit par les écoliers en période d'examens à la consommation de pain (on constate même plutôt une baisse de la consommation). C'est la tentative même de fonder une théorie

psychophysiologique de la fatigue qui est remise en cause. Ainsi, en 1924, dans la préface d'un ouvrage remettant en cause l'idée de mesure de la fatigue (*Les tests de fatigue, essais de critique théorique*, par Victor Dhers), le psychologue Henri Pierron remarque que « la question trop complexe est en réalité mal posée. La fatigue est une notion pratique, de sens commun, qui enveloppe un complexus hétérogène, et que la science a adopté sans la définir avec précision » (cité dans Vatin, 1999). De même, le médecin britannique E.P. Cathcart écrit en 1928 (*Human factor in industry*) « La fatigue est un fait physiologique normal qui peut devenir pathologique et c'est l'aspect du problème qui doit d'abord être considéré. Qu'entend-on par ce mot et le degré de fatigue peut-il être mesurable ? En ce qui concerne la seconde partie de la question – malgré l'énorme travail consacré à ce sujet – la réponse est négative » (cité par Friedmann, 1946, p. 74).

L'ambition de construire une théorie physiologique générale de la fatigue s'efface alors au profit de recherches plus limitées et pragmatiques, tournées plutôt vers des objectifs de productivité : c'est l'étude de la « fatigue industrielle ». Les besoins économiques générés par la première guerre mondiale vont jouer un rôle central dans cette institutionnalisation. Aux Etats-Unis, le Conseil National de la Défense crée une sous-commission de la fatigue industrielle chargée de coordonner les travaux sur ce thème, tandis que le gouvernement britannique crée l'*Industrial Fatigue Research Board* (Gillespie, 1987). « Les protocoles d'enquête se multiplient durant le conflit, et l'immédiat après-guerre peut être considéré comme l'âge d'or de cette branche nouvelle du savoir, notamment outre-Atlantique. L'analyse quantitative et sérielle des accidents du travail, l'étude des "temps perdus", "évitables et inévitables", étayent désormais les travaux de psychophysiologie expérimentale. Ainsi, Phillip Sargent Florence[32] analyse les types de fatigue et mesure les résultats du travail effectué selon les jours de la semaine, la nature des tâches, le sexe, l'âge et la race des travailleurs, la durée, l'intensité et les conditions de l'activité. Cette étude des corrélations fonde un abondant discours qui vante les avantages sociaux de la prophylaxie de la fatigue. Une bonne connaissance des seuils

[32] *Use of Factory Statistics in the Investigation of Industrial Fatigue*, New York, 1918.

devrait permettre, pense-t-on, d'éviter le surmenage et donc le gaspillage des forces humaines » (Corbin, 1995, p. 283). La prestigieuse université de Harvard accueille, à cette époque, sous la direction d'Henderson, le « *Harvard Fatigue Laboratory* ». C'est à cette institution que s'adressera la *Western Electric* pour apporter une caution scientifique décisive à la théorie du lien positif entre éclairage électrique et productivité (Gillespie, 1991). Elton Mayo et son équipe, de ces expériences vont aboutir à la conclusion selon laquelle les multiples phénomènes auxquels ont été donné le nom de fatigue ne peuvent être réduit à des aspects purement psychophysiologiques mais que « l'état mental » de l'ouvrier, lui-même lié à la vie sociale de l'atelier, est en interférence constante avec les éléments de l'environnement physique (Mayo, 1933).

Dans le cadre des recherches sur la « fatigue industrielle », Charles Myers, en 1921 défend l'idée selon laquelle la fatigue nerveuse est provoquée par le rythme rapide de l'activité plus que par la dépense d'énergie. Cette orientation est reprise par Henri Wallon, dans les années 1930, avec la mise en avant, dans un travail ouvrier apparemment essentiellement manuel, de la « charge mentale ». Le psychologue du travail et de l'enfance Henri Wallon (1879-1962) est particulièrement reconnu par les psychologues du travail actuels pour sa modernité. Pour lui, les excès de l'organisation taylorienne du travail ont eu pour effet de faire passer au premier plan la fatigue mentale, devant la fatigue physique, comme caractéristique du travail industriel. Ce qui fatigue, ce n'est plus l'effort physique, mais l'obligation de se couler totalement dans une organisation imposée des gestes sans pratiquement aucune marge d'autonomie. En 1932, il remarque, à propos du travailleur taylorisé, que « l'amputer de son initiative pendant sa journée de travail, pendant ses huit ou dix heures de travail, aboutit à l'effort le plus dissociant, le plus fatigant, le plus épuisant qui se puisse trouver » (p. 210, cité dans Clot, 1995, p. 123). De même, Jean-Maurice Lahy, dans sa critique du taylorisme, insiste sur la composante mentale du travail manuel : le meilleur geste, celui qui fatigue le moins le muscle, ne peut pas être fixé de façon identique pour tous par le bureau des méthodes, mais est variable selon les individus. Chaque ouvrier doit donc y parvenir par lui-même, ce qui constitue une activité intellectuelle. Les ouvriers travaillent aussi avec leur tête. Ces études ouvrent

donc la voie à la reconnaissance d'une mauvaise fatigue spécifique au travail ouvrier.

En France, après 1945, des recherches sur la « fatigue industrielle » menées dans le prolongement de la psychosociologie d'Elton Mayo, sont soutenues financièrement dans le cadre de l'aide américaine apportée par le plan Marshall. De nombreux chercheurs français ont ainsi pu être initiés aux méthodes de gestion américaines fondées sur les travaux de l'école des relations humaines : le moral, la motivation, les dynamiques de groupe sont présentés comme les clés de l'augmentation de la productivité. Les psychiatres proches du PCF – qui quitte le gouvernement en 1947 –, comme Sivadon ou Le Guillant, se retrouvent en opposition avec ces recherches trop centrés sur la productivité et vont cherchent alors à fonder leurs travaux sur d'autres bases que celles de la « science bourgeoise » des relations humaines, ou de la psychanalyse, qui, selon le point de vue du parti communiste, « psychologise le social pour le plus grand profit de l'ordre bourgeois des choses » (Doray, 1996, p. 134). Les apports de Lahy, Myers et Wallon permettent d'entreprendre, de façon différente, l'étude de la fatigue ouvrière. Par ailleurs, les théories de Pavlov sur le conditionnement constituent une base scientifique plus idéologiquement « acceptable » (Billiard, 1996). La célèbre étude réalisée sur la névrose des téléphonistes s'inscrit dans ce cadre. Réalisée par Le Guillant et une équipe de jeunes psychiatres en formation sous sa direction, en relation avec le syndicat CGT des PTT, cette enquête donne lieu à une publication en 1956 dans *La presse médicale*. Le tableau clinique de cette névrose des téléphonistes comporte quatre points : le « syndrome subjectif commun de fatigue » ; les « troubles de l'humeur » ; les troubles du sommeil et les troubles somatiques liés à la fatigue (céphalée, vertiges, bourdonnement d'oreilles, etc.). Le caractère subjectif du premier point, la fatigue, est compensé, dans l'esprit des promoteurs de l'étude, par la présence de symptômes physiques liés et par le caractère collectif de la plainte. L'étude, de plus, repose sur le parti-pris de faire confiance aux intéressées et à leur « conscience de classe », pour l'interprétation du lien entre rapport d'exploitation et facteur aggravant du syndrome de fatigue. La particularité du travail des téléphonistes est de ne pas faire intervenir le travail musculaire, ce qui fait que l'exploitation de la force de travail peut se faire sans limites, ou presque : l'énervement

provoqué par la conjonction de relations tendues avec les clients, de cadences infernales et d'un système de surveillance tatillon induit une fuite en avant dans le travail et une auto-exploitation qui renforce encore la fatigue nerveuse (Le Guillant, 1984). Malgré la grande prudence méthodologique de cette étude, il a été reproché à Le Guillant et ses collaborateurs de trop centrer leur analyse sur la seule question des rythmes et des cadences rapides ; la vitesse d'exécution serait ainsi mécaniquement responsable de la fatigue nerveuse. Plus globalement, la reconnaissance de la « mauvaise fatigue » des ouvriers n'est, pour Le Guillant, que le résultat de la transformation du travail industriel, caractérisée par la substitution de la rapidité d'exécution à la dépense musculaire. Or cette reconnaissance est aussi largement le résultat d'une action syndicale et politique en faveur de l'amélioration des conditions de travail et doit beaucoup à la puissance du PCF et de la CGT à l'époque. La démocratisation de la « mauvaise fatigue » est ainsi pour une part le produit de la démocratisation de la société. Mais les auteurs de l'étude sur les téléphonistes se refusent à mettre en avant les dimensions subjectives de la fatigue pour plusieurs raisons : tout d'abord par souci de rigueur scientifique et pour éviter les critiques de la part d'autres chercheurs : la position hétérodoxe et novatrice contraint en quelque sorte à la prudence ; d'autant qu'il s'agit de protéger les intérêts et la santé de la classe ouvrière, il faut donc éviter toute faiblesse dans l'argumentation pour ne pas donner prise à « l'adversaire »[33]. Enfin, un certain « matérialisme scientifique » oriente incontestablement ces recherches et renforce la volonté de trouver des causes et des signes objectifs, matériels et quantifiables de la « fatigue nerveuse ».

Cette recherche est prolongée par la thèse d'un des participants de l'étude, Henri Begoin, intitulée *la fatigue industrielle*. A l'instar de Le Guillant, Begoin refuse de ne voir comme seule solution à la

[33] Pour dire les choses autrement, il est certainement plus difficile d'objectiver la subjectivité des dominés que celle des dominants (en matière de fatigue il existe pour ces derniers une longue tradition qui va de la mélancolie à la neurasthénie). C'est pour cela que Le Guillant juge naïve la proposition de la philosophe Simone Weil d'ouvrir une tribune dans une publication d'entreprise pour que les travailleurs puissent exprimer leurs difficultés au travail. Une telle démarche pourrait en effet être taxée de « subjectiviste » par les médecins bourgeois, ce qui aurait pour effet de disqualifier les recherches sur la fatigue ouvrière.

fatigue ouvrière la sélection professionnelle : ce ne sont pas les caractéristiques personnelles des travailleurs mais les conditions de travail qui sont à l'origine des troubles psychologiques. C'est cette idée qui pousse l'auteur à évoquer la possibilité de constitution de tableaux de maladies professionnelles autour des différentes formes de « fatigue nerveuse ». Si une catégorie de travailleurs, placée dans des conditions physiologiques et psychologiques analogues, présente de façon régulière et comparativement à d'autres catégories, un ensemble de troubles et de symptômes relativement homogènes, la responsabilité des conditions de travail peut être mise évidence. Pour cela, il faut s'attacher à la définition très précise et minutieuse de tableaux cliniques propres à des catégories professionnelles particulières. C'est ce que fait Begoin avec les téléphonistes et les mécanographes. De même, il entreprend de discuter tous les arguments avancés par les opposants à la reconnaissance des troubles psychopathologiques : prédispositions individuelles, rôle du mode de vie hors-travail et des « relations humaines » (selon cette théorie, une « bonne ambiance » et la « motivation » suffiraient à faire oublier la fatigue), sont méthodiquement écartés comme des facteurs secondaires et non déclenchants.

L'étude sur la névrose des téléphonistes et la thèse de Bégoin vont devenir des nouveaux travaux de référence dans les milieux de « gauche » pour l'étude de la fatigue au travail. De nombreux articles dans la presse médicale et dans les revues syndicales et politiques, et notamment *L'humanité*, prolongent ces recherches. Pourtant, on peut légitimement se demander si les principales leçons de ces travaux ont bien été entendues. Les recherches sur le concept de stress ont semblé apporter la base physiologique tant recherchée par Le Guillant et ses compagnons, mais elles ont également contribué à recentrer l'analyse sur l'individu plutôt que sur la catégorie professionnelle. Cela révèle ainsi le paradoxe du recours aux catégories médicales : nécessaires pour renforcer la légitimité de certaines revendications syndicales, elles transforment en débat scientifique le conflit social. Or le « ticket d'entrée » pour qu'une nouvelle conception scientifique s'impose est élevé dans la mesure où le monde des chercheurs est particulièrement soucieux d'une rigueur méthodologique qui peut se traduire par un certain conservatisme social.

La comparaison entre le traitement médical et social de la mauvaise fatigue des catégories aisées (la neurasthénie) et la fatigue ouvrière révèle en fait une plus grande résistance sociale à la reconnaissance d'un mal-être et d'une fatigue subjective pour les seconds (les « pauvres ») que pour les premiers (les « riches »). Alors que les théories médicales de la neurasthénie peuvent prospérer malgré un fondement physiologique affirmé mais finalement très fragile et hypothétique, les différents médecins qui ont étudié la fatigue ouvrière n'ont pu faire reconnaître leurs travaux qu'au prix d'un stérilisant refus de la subjectivité, même si, de Lahy à Le Guillant, de timides brèches ont pu être ouvertes. Ce traitement inégal des plaintes de fatigue suivant les classes sociales traduit en fait des mécanismes complexes de domination et de rapport de forces sociaux. Dès lors, c'est peut être plus sur le « terrain social » que sur le terrain scientifique qu'il faut rechercher certains des facteurs pouvant expliquer la diffusion de l'idée de mauvaise fatigue dans des milieux sociaux plus larges.

III - Les syndicats et la fatigue au travail

La prise en compte de la fatigue ouvrière a ainsi été, pour une part, portée par l'action syndicale relayant les recherches de médecins « engagés » (Lahy, Wallon et Le Guillant sont tous trois proches du PC). Si la fatigue comme plainte individuelle peut parfois être occultée par le discours ouvrier, la fatigue et les mauvaises conditions de travail peuvent être beaucoup plus présentes dans les revendications collectives. Les syndicats apparaissent alors comme des groupes profanes aptes à promouvoir, dans le cadre de leur propre logique d'action, le travail de construction sociale de la fatigue entamé par certains professionnels. Les connaissances médicales, psychologiques ou ergonomiques sur la fatigue et le stress peuvent en effet être reprises et mobilisées comme ressources pour les diverses stratégies syndicales. A travers ce travail de réappropriation et de traduction de connaissances, les représentants syndicaux en charge des conditions de travail et des problèmes de santé participent à « l'entreprise de morale » visant à instituer la fatigue et le stress au travail comme problème à la fois médical et social. Mais les discours sur la fatigue se trouvent alors dépendants des systèmes d'analyse spécifiques de chaque centrale : dans les trois cas étudiés (CGT, FO et CFDT), les théories retenues sont intégrées à la vision

globale de la société et de l'économie développée par le syndicat ainsi qu'à son projet politique et social. Pour la CGT, la fatigue et le stress s'expliquent, dans le cadre de la théorie économique marxiste, par la volonté des capitalistes de pratiquer une exploitation intensive de la force de travail pour augmenter la plus value prélevée. Pour FO, ce thème de la fatigue et du stress est l'occasion de souligner la possible convergence d'intérêt entre salariés et chefs d'entreprises : améliorer les conditions de travail constitue le meilleur moyen pour augmenter la « qualité totale » de la production, facteur de la réussite à long terme de l'entreprise. Enfin, à la CFDT, on insiste sur la nécessité pour les travailleurs de prendre en main leur propre santé, au niveau de l'entreprise, par l'intermédiaire des Comités d'Hygiène, de Santé et des Conditions de Travail (CHSCT).

La Confédération Générale de Travail (CGT)

La vision que défend la CGT de la santé au travail et plus particulièrement de l'usure et de la fatigue ou de stress découle presque directement de la théorie marxiste de la valeur et de la plus-value : toute source de valeur ne peut venir, en dernière analyse, que du travail : la valeur d'une marchandise dépend ainsi de la quantité de travail nécessaire à sa production. Cette loi est générale et concerne donc également la force de travail dont la valeur dépend de la quantité de travail incorporée dans les marchandises nécessaires à la reproduction du travailleur et de sa famille. La force de travail est néanmoins une marchandise particulière, dans le sens où elle est la seule dont la quantité de travail nécessaire à sa reproduction peut être moindre que la quantité de travail qu'elle peut produire. C'est-à-dire que lors de sa journée de travail l'ouvrier consacre une partie de son temps à produire la valeur nécessaire à la reproduction de sa force de travail, tandis que le reste du temps la valeur qu'il produit est accaparée par le propriétaire des moyens de production. Cette valeur produite en plus pour le capitaliste est appelée « plus-value ». En allongeant la journée de travail ou en faisant la chasse aux temps morts pendant les heures de travail le capitaliste peut donc augmenter la plus-value. C'est ce que Marx appelle la plus-value absolue. La baisse tendancielle du taux de profit, liée à une augmentation de la part du « travail mort » (*i.e.* cristallisé dans des machines ou des matières premières) par rapport au « travail

vivant » (la force de travail mise en œuvre par l'ouvrier), pousse, par ailleurs, le capitaliste à chercher à augmenter la plus-value absolue. L'augmentation de la journée de travail ayant des limites (physiques, puis légales), c'est par la chasse aux temps-morts que le capitaliste peut s'en sortir : accélération des cadences, spécialisation des tâches, etc. Il existe donc un conflit d'intérêt entre le capitaliste qui cherche à accaparer à son profit le maximum de la « force vitale » (selon les termes de Marx[34]) de l'ouvrier et ce dernier qui cherche à se préserver.

Ainsi, dans la préface d'une recherche sur la fatigue commanditée par la CGT (Borrelly, 1983), Thérèse Poupon écrivait : « C'est à l'entreprise que naissent et se développent les principales agressions contre la santé et la vie de la population. Un dénominateur commun se dégageait des témoignages comme un leitmotiv, l'expression la plus insidieuse de cette agression était la fatigue ». Dans la suite de ce document, Rolande Borrelly précise : « La diminution de la durée de travail a été compensée par l'accroissement de l'intensité du travail grâce à "l'Organisation Scientifique du Travail" inventée par Taylor pour supprimer la flânerie des travailleurs et perfectionnée par d'autres pour réduire à l'extrême les temps de fabrication : les exigences mentales tout autant que physiques du travail parcellisé ont provoqué le développement d'une pathologie spécifique dominée par ce qu'on appelle couramment les maladies nerveuses » (p. 43). De même, lors d'un entretien réalisé en 1995, Jean Hodebourg, ancien ouvrier électromécanicien et représentant de la CGT au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels déclarait : « C'est toute la théorie marxiste des pores du travail ! Là, l'expression de Karl Marx est formidablement expressive : rapprocher les pores du travail au sens où ça respire... Alors, l'intensité c'est ça, quand on ne peut plus penser à autre chose qu'à exécuter la tâche immédiate. » Et un peu après : « Pourquoi est-ce que les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments antidépresseurs et autres ? Eh bien tout le monde est d'accord, parce que la France est le pays où la productivité est la plus élevée, donc où l'intensité, les charges de travail sont les plus intenses. Alors... Parce que le

[34] « L'heure plus dense de la journée de dix heures contient autant ou plus de travail, plus de dépense en force vitale, que l'heure plus poreuse de la journée de douze heures. Une heure de celle-là produit par conséquent autant ou plus de valeur qu'une heure et un cinquième de celle-ci » (Marx, 1985, p. 296).

mouvement syndical y est le plus faible, relativement à l'Allemagne, par exemple. Pour moi, il y a un rapport direct : quand la France a la plus haute productivité, logiquement, avec les évolutions technologiques qu'on a, vu qu'on est pas à la bourre là-dessus, bon, ça développe des maladies mentales, une usure mentale... Les Français consommant plus de médicaments, pour moi, il y a un rapport direct. »

De plus, la fatigue, par l'abrutissement du travailleur qu'elle induit, serait un moyen pour le capital de réduire la combativité du travailleur. « Il y a un moment donné où l'intensité du travail répétitif est telle que ça amène une régression très grave. Il y en a même qui ont poussé très loin puisqu'un certain nombre de travailleurs engagés dans un travail répétitif sous contrainte de temps forte ne conçoivent plus de travailler autrement et donc ne conçoivent plus comment changer la société. D'où notre grande difficulté depuis toujours à syndiquer les OS. Le mouvement syndical a toujours été très fort chez les ouvriers qualifiés et, comme tendance, relativement faible chez les OS [...]. D'ailleurs, le taylorisme, il faut bien lire Taylor, il a développé cette organisation du travail pour casser les syndicats de professionnels ; c'était l'idée, en cassant les métiers, on détruit en même temps les structures syndicales » (entretien Jean Hodebourg).

La fatigue mentale, centrale dans la l'idée de mauvaise fatigue, pose néanmoins certaines difficultés à la théorie marxiste. Les termes utilisés par Marx (« force de travail », « force vitale ») et les calculs auxquels il se livre peuvent donner à penser, en effet, que seule la dépense énergétique, celle liée au travail physique, doit être prise en compte. Mais, pour Jean Hodebourg, la subjectivité du travailleur et son investissement nerveux sont au premier plan : « L'homme est une machine, tout ça, c'est les vieilles théories du début du siècle... Surtout pas ! Non ! La preuve, les mêmes individus, avec une charge de travail plus élevée, ils peuvent avoir des conditions d'autonomie, d'initiative qui leur font supporter une charge de travail plus élevée, et là avec une intensité très élevée. Mais dans la mesure où ils maîtrisent le travail, où ils ont un cerveau qui peut fonctionner, qui peut se développer, il y a le psychologique, le mental, le physique, c'est interdépendant. » Jean Hodebourg fait alors référence aux travaux d'Henri Wallon puis des fondateurs de la psychopathologie du travail (Le Guillant, Bégoin...), eux-mêmes influencés par la

psychologie soviétique (Pavlov), qui ont permis de mieux connaître la fatigue mentale du travailleur soumis à un travail répétitif, et donc de faire évoluer la théorie marxiste sur ce point. Le stress de l'ouvrier à la chaîne devient un thème d'action syndicale d'autant plus important que la visibilité sociale du problème est faible : « La différence c'est que quand il y a un prof qui fait une dépression nerveuse, on écrit un roman, on en fait un film. Il y a des milliers d'OS qui se suicident sans jamais qu'on en parle ; évidemment, puisqu'ils ne savent pas écrire ! C'est outrancier et provocateur, évidemment, mais il y a de ça. » Et un peu plus loin : « Je pense que c'est quand il n'y a plus d'espace pour le rêve dans le temps de travail que l'on épuise le système nerveux. »

Les politiques patronales de responsabilisation des cadres et des techniciens, de création d'équipes autonomes d'ouvriers de production, en jouant sur l'aspect subjectif du plaisir au travail ont alors une signification ambiguë : si elles rendent le travail moins pénible elles permettent également une plus forte exploitation de la force de travail. A propos des équipes autonomes d'ouvriers de production, le syndicaliste interrogé précise : « C'est les nouvelles formes d'organisation du travail qui visent non-plus à organiser des postes individuels répétitifs, mais des équipes autonomes. Alors, j'ai entendu des gars qui montaient des machines à laver, chez Phillips, dire : "On a même le droit de monter nos douze machines dans la journée quand on n'est que cinq au lieu de six !" C'est une grande question, avec toutes les nouvelles formes d'organisation basées sur la polyvalence et non plus sur la chaîne directe, mais les équipes autonomes en épis et l'organisation en équipes tournantes. Par exemple, à la SNECMA, il y avait un poste de sablage insupportable. Le gars qui était au sablage, maintenant, il ne fait plus qu'un jour sur deux. Maintenant, il fait un jour sur deux du boulot plus intéressant. Mais le régleur qui était en dehors, il fait aussi du sablage une journée. Alors là, dans les équipes autonomes, il y a des plus pour certains et des moins pour d'autres [...]. Mais en même temps, ceux qui y ont goûté, en aucun cas ils ne veulent revenir en arrière, parce qu'ils ont un petit peu plus d'autonomie. » Cette difficulté exprimée par Jean Hodebourg à se positionner sur la politique patronale d'autonomisation des postes de travail est intéressante. Les théories médicales et psychologiques actuelles de la fatigue, en insistant sur l'amélioration des conditions de travail,

indiquent en fait la voie pour un compromis possible entre les intérêts divergeants des employeurs et des salariés : faire reculer cette limite que représente la fatigue au travail tout en améliorant la santé mentale du travailleur. Or tant que le cadre référence dominant reste celui de « l'exploitation » de la force de travail, un tel compromis ne peut pas être accepté car toute politique sociale du patronat qui n'est pas arrachée par une lutte sociale ou politique des ouvriers ne peut être interprétée que comme un moyen d'extorquer au travailleur un peu plus de sa « force vitale » au profit de l'entreprise. Le travail, dans un système capitaliste étant perçu comme aliéné, donc nécessairement privé de sens, il ne reste au travailleur qu'à lutter pour préserver au mieux sa « force de travail » (perçue comme une quantité finie d'énergie musculaire que la machine humaine reproduit chaque jour) de l'exploitation capitaliste. Mais la visibilité de cette contradiction au sein des soubassements théoriques de la position de la CGT à l'égard de la fatigue au travail est limitée par le caractère très minoritaire des véritables expériences d'autonomisation et d'enrichissement des tâches dans les entreprises. Au contraire, la persistance voire l'aggravation des conditions de travail, l'absence de recul voire les progrès du « taylorisme » (au sens de technique visant à accroître le rendement horaire sans préoccupation pour la santé du travailleur) donnent largement à la CGT l'occasion de dénoncer des fatigues excessives qui se traduisent encore souvent par une usure prématurée. Le compromis est bien plus théorique que réel et ne pose donc pas de problèmes majeurs pour la définition d'une ligne d'action syndicale. En ce sens, la théorie marxiste de l'exploitation est favorable à une « entreprise de morale » visant à faire reconnaître la fatigue au travail comme un problème important de santé publique. Elle permet, en effet, de réaliser une « traduction » de certains des résultats de la recherche sur la fatigue et le stress en éléments d'une lutte sociale entre employeurs et salariés. La légitimité et la nécessité, pour les syndicalistes, d'ériger la fatigue des travailleurs en objets d'études et de revendications sont renforcées par le fait que, selon la conception marxiste : tout discours est un discours de classe mais la classe ouvrière ayant une vocation plus universelle que les autres classes (supprimer la société de classes), son discours en devient par là même moins particulariste. Comprise comme une des dimensions de l'exploitation de la force de travail par le capitaliste, la fatigue au

travail s'intègre alors parfaitement, pour la CGT, aux autres grandes revendications syndicales telles que la retraite à 55 ans ou la réduction du temps de travail. « Si les OS travaillaient trente heures par semaines et avaient autant de congés que les instituteurs, ils feraient moins de déprime », précise ainsi Jean Hodebourg lors de l'entretien.

La Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Cette centrale syndicale est née en 1964 de la scission d'une majorité des adhérents de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) qui décident alors d'abandonner la morale sociale chrétienne comme ligne directrice. Lors de son congrès de 1970, la CFDT radicalise sa position pour se réclamer de la lutte des classes, ce qui la rapproche de la CGT, même si un certain « recentrage » est affirmé après 1978. La principale différence avec la CGT tient essentiellement à la place plus importante accordée à l'idée « d'autogestion ». D'ailleurs, les représentations que s'en font les deux centrales divergent. La CFDT n'y voit pas seulement l'abolition de la propriété privée des moyens de production, mais plus fondamentalement le rejet des inégalités au sein de l'entreprise et de toute organisation centralisée, « d'où son souci de préserver l'initiative et les responsabilités des cellules de base » (Fournier, Questiaux, 1989, p. 274). Un autre axe de différenciation peut être dégagé autour de la mise en avant par la CFDT de revendications plus « qualitatives », c'est-à-dire, « ne pas se contenter de satisfactions d'ordre matériel et ouvrir la voie à des transformations plus profondes de la société » (*idem*). Sur le plan de la santé cela se traduit par le slogan inauguré en 1970 par Gilbert Declecrq, « la santé n'est pas à vendre », et le désir d'améliorer la qualité de la vie qui ne se limite pas que à la vie au travail (prise en compte de la pollution, des contraintes de la vie moderne, etc.). « Ces orientations impliquent en premier lieu de s'engager dans une stratégie de responsabilisation, qui repose sur l'information et la formation du travailleur : celles-ci lui permettent de traiter avec les experts, avec la médecine et l'inspection du travail pour faire valoir leur droit à la santé » (Duclos, 1984, p. 82).

Sur la question spécifique de la fatigue et du stress[35], le principe d'autogestion se traduit par l'affirmation de l'incommensurabilité des situations : « Imaginez quelqu'un qui vous dit qu'il a le stress dans un bureau de comptabilité et quelqu'un qui vous dit qu'il a le stress sur une machine à commande numérique, est-ce qu'on peut trouver un truc qui est commun ? Le problème, c'est d'identifier les facteurs qui sont à l'origine du stress et en fonction de ça, apporter des solutions particulières. C'est difficile d'avoir une revendication unique qui s'applique à tout le monde » (entretien, JCD). Chaque situation de travail est perçue comme unique, d'autant que la subjectivité du travailleur vient introduire une dimension imprévisible. Aucune théorie générale du stress ou de la fatigue ne peut apporter de réponses toutes faites et les solutions doivent être cherchées au cas par cas. Ce n'est donc pas au niveau confédéral qu'il faut chercher des solutions au problème de la fatigue et du stress au travail mais plutôt au niveau des CHSCT de chaque entreprise. « Comme revendications ? Ben, globalement, sur le problème fatigue-stress, c'est d'abord que les représentants CHSCT trouvent pleinement leur place là dedans. Maintenant... C'est l'approche de la CFDT dans ce domaine là, c'est d'aller à la source des problèmes, c'est de ne pas faire tout le temps une généralité d'un problème particulier » (entretien BP). Les revendications générales sur la réduction du temps de travail ou l'abaissement de l'âge de la retraite ne sont pas des solutions au problème de la fatigue au travail : « Bien sûr, on peut toujours dire que si on est moins exposé, c'est plus agréable. Mais le problème c'est qu'être moins exposé mais être au travail dans les mêmes conditions, ça revient de toutes façons au même. C'est-à-dire qu'il faut aussi travailler sur le contenu du travail, sur la manière dont il est organisé. Bon, on va travailler cinq heures au lieu de huit, mais pendant cinq heures on va se faire défoncer. Alors, ça ne sera pas huit heures, mais pendant cinq heures on y aura droit quand même ! Peut-être qu'il faut passer de huit heures à cinq, ou plutôt six, d'ailleurs, mais ces six heures, il faut que les conditions de travail en soient négociées, au sens syndical, au sens

[35] Deux entretiens ont été réalisés auprès de permanents de la CFDT : le premier auprès de Jean-Claude Davidson (JCD), ancien chimiste et chargé de recherche à L'Institut pour l'amélioration des conditions de travail (INPACT), association créée par la CFDT, et le second auprès de Bruno Philipp (BP), ancien ouvrier mécanicien et responsable des conditions de travail à la centrale CFDT.

de : "Qu'est-ce que je négocie comme contraintes pour pouvoir vivre le travail de manière à pouvoir être... à conserver mon intégrité physique ?" Et ça, ça passe par l'amélioration du contenu du travail, l'organisation du travail. Q : Et en termes de revendications syndicales ? R : La première revendication, c'est certainement que le CHSCT ait un rôle important à jouer et qu'il ait les moyens d'investiguer les lieux de travail. Enfin, il les a officiellement, mais il faudrait plus, disons [...]. Je pense qu'on ne peut pas avoir une revendication unique qui conviendrait à tout le monde » (entretien JCD).

Ce refus de principe des explications générales des phénomènes d'usure et de stress au travail se justifie par l'introduction de la subjectivité, du sens que le travailleur donne à son activité. « Sur ce problème de fatigue, on peut admettre facilement que la part de conception que le salarié peut avoir de l'organisation du travail, de son point de vue, de sa participation à tout ça, influe aussi sur l'état physique et psychique. C'est pour ça que si on n'aborde pas tout ça, le problème, on passe à côté, quoi ! Alors que bien souvent, les militants CHSCT, ou autres, ils sont sur le terrain, ils rencontrent des salariés, ils discutent avec eux. Eh bien, bien souvent, ce qu'ils mettent en avant, avant les aspects matériels, c'est ces aspects là, de leur conception de l'organisation du travail, de leur part d'initiative... C'est tous ces aspects là que les salariés mettent en avant, et de plus en plus : la participation, le bien-être au travail » (entretien BP). Ce retour à la notion de « participation » montre bien comment les théories psychologiques et médicales du stress peuvent être reprises par le discours syndical pour en faire un mode de légitimation du type d'action que l'on se propose de mener. « C'est cette série d'auteurs [Selye, Lazarus, Pages et Dejours] qui nous a marqué dans la manière d'approcher le stress. Ce que je crois, c'est que ça nous fait passer d'un problème de stress vu sur le plan biologique à quelque chose qui est en rapport avec l'environnement et ses interactions avec l'individu, quelque chose qui a à voir avec l'organisation de l'individu et l'organisation du travail. Alors là, on fait la jonction avec l'action syndicale, parce que autant les individus on considère qu'on ne peut pas agir dessus, ils sont comme ils sont, avec leur histoire et tout ça, autant les facteurs qui interviennent dans l'organisation du travail, ça on peut y toucher. Et là le CHSCT il peut faire quelque chose » (entretien J.C.D). L'approche

« psychosociologique du stress » est donc privilégiée par rapport à l'approche physiologique ou « biologique ». Une même organisation du travail peut avoir un effet différent si elle est négociée avec les syndicats ou si elle est imposée par la direction. L'entreprise qui fait participer ses salariés aux processus de décision aura donc moins de stress et de fatigue dans son personnel.

Contrairement au discours recueilli à la CGT, les deux personnes rencontrées à la CFDT refusent de mettre en avant un principe général comme celui de l'intensification liée à l'exploitation de la plus value. Le seul facteur général auquel est accordé une certaine importance est le thème de la mondialisation, mais sans que ce dernier occupe une place centrale dans l'explication. Même si le patronat voit ses marges de manœuvre limitées par les impératifs de la concurrence internationale, l'opposition avec les syndicats sur les conditions de travail n'est pas présentée comme irréductible. Les syndicalistes de la CFDT pensent même pouvoir jouer un rôle pédagogique auprès des employeurs. Alors que la CGT veut surtout jouer le rôle « d'entrepreneur de morale » auprès des travailleurs, estimant que seule la lutte sociale peut faire avancer les choses, la CFDT milite plutôt pour l'élaboration, par la concertation, d'un compromis au sein de l'entreprise pour améliorer les conditions de travail non pas en fonction de critères généraux mais par rapport à l'histoire propre de chaque entreprise. Dans ce cadre, le médecin du travail n'est plus regardé avec suspicion, mais comme un partenaire qu'il faut chercher à impliquer. De façon plus générale, ces différences expriment une conception différente du rôle de l'expert : alors que pour la CFDT la connaissance d'expert, pourvu qu'elle respecte la spécificité de chaque entreprise et de chaque salarié, peut être la base d'un compromis entre employeurs et salariés, pour la CGT, l'expertise ne peut faire oublier les luttes sociales, même si elle constitue une arme importante aux mains des différents protagonistes. Les deux syndicats vont donc chercher à sensibiliser leurs adhérents à l'analyse des conditions de travail, de la fatigue et du stress, mais de façon différente. Alors que pour la CGT il s'agit d'apprendre à repérer les différentes formes d'exploitation (usure accélérée, surinvestissement dans le travail...), la CFDT cherche à promouvoir la participation des salariés à l'amélioration des conditions de travail.

La Confédération générale du Travail - Force ouvrière (CGT-FO)

De sa séparation, en 1947, avec la CGT, considérée comme trop proche du Parti communiste, FO a gardé deux grands principes : le rejet des idéologies et des allégeances politiques, d'une part, et le réformisme, d'autre part. Cet intérêt pour le réformisme se retrouve dans l'idée qu'il n'existe pas forcément d'oppositions d'intérêt irréductibles entre employés et patronat. Ainsi, lors de l'entretien réalisé avec Pierre Comte, « assistant de la secrétaire confédérale, chargé du secteur des négociations politiques et des conditions de travail », est mise en avant la notion de « *qualité totale* » qui permet de concilier les intérêts des employeurs et des salariés : « Il y a quand même quelques entreprises qui se sont rendues compte que, finalement, avoir de bonnes conditions de travail, avoir des gens qui travaillent sans qu'on les stresse, on s'y retrouve. Non plus au niveau de l'absentéisme cette fois, mais du présentéisme, au niveau de la qualité : il n'y a plus de coulage, parce que quand les gens n'en peuvent plus, eh bien vous avez du coulage, vous êtes obligé de renforcer les contrôles, etc., etc. Alors il y a effectivement des gens qui commencent à s'apercevoir que la qualité des conditions de travail concoure à la qualité du produit [...]. Q : Il s'agit d'associer l'intérêt de l'entreprise et l'intérêt des salariés ? R : Totalement ! ça on n'a rien contre, l'entreprise c'est notre gagne-pain. On n'est pas là pour faire couler l'entreprise. Entendons nous bien. A partir du moment où les gens sont biens, qu'ils sont bien payés, etc. Que l'entreprise gagne de l'argent, ça ne me gêne pas du tout ».

Le problème est que tous les employeurs ne sont pas encore entrés dans cette logique et gardent une vision à court terme : « Nous, on a un patronat qui calcule à la petite semaine ». C'est pourquoi la reconnaissance des « psychopathologies du travail » (terme préféré à ceux de fatigue ou de stress) comme maladies professionnelles est mis en avant comme un puissant moyen d'incitation à l'amélioration des conditions de travail : « Et donc, à ce moment là, l'employeur, voyant ses cotisations monter, peut-être réfléchirait-il et essaierait-il de supprimer les causes de stress dans son entreprise. Et à mon avis, il s'apercevrait, à ce moment là, qu'il est gagnant parce qu'il va se retrouver dans le sens de la qualité totale, c'est-à-dire qu'il va avoir une meilleur ambiance, des gens qui travaillent mieux, qui travaillent plus vite, qui sont motivés...

Et son investissement, il sera vite rentabilisé ». Pour FO, mais aussi pour la CFDT et même, en partie, pour la CGT, la prise en compte de la fatigue au travail pourrait être l'occasion de dégager des intérêts communs aux salariés et aux employeurs ; au moins en théorie.

IV - Les discours ouvriers sur la fatigue

La mise en forme des discours sur la mauvaise fatigue ouvrière se fait donc pour une grande part au niveau collectif à travers l'action syndicale. Quant aux discours individuels, ils restent marqués par une certaine retenue et l'importance de la fatigue physique. Alors que toutes les infirmières[36] à qui une question sur la fatigue avait été posée lors de l'entretien ont répondu positivement et décrit abondamment cette fatigue, un tiers des ouvriers interrogés ont déclaré que leur travail n'était pas fatigant. Cette différence qui peut sembler surprenante témoigne principalement d'une certaine réticence à parler de sa fatigue chez certains ouvriers. Les témoignages d'intellectuels ayant réalisé une expérience de travail en usine offrent à ce titre un élément de comparaison intéressant qui permet assez bien de comprendre ce que le « filtre » socioculturel, mais aussi la situation différente dans les interactions et les luttes sociale, introduisent comme variations dans la perception de la fatigue liée à des conditions de travail similaires. Ces « filtres » dépassent d'ailleurs largement la simple question du langage et sont également liés aux stratégies collectives et aux processus identitaires propres au monde ouvrier. Plusieurs jeunes philosophes ou sociologues ont réalisé des expériences plus ou moins longues de travail en usine, soit pour mieux connaître, grâce à l'observation participante, le travail ouvrier, soit pour des raisons idéologiques et politiques, c'est-à-dire apporter de l'intérieur le message et la pratique révolutionnaires au prolétariat en « s'établissant » dans une usine. La plupart de ceux qui ont écrit sur cette expérience ont mis en avant comme caractéristique centrale du travail en usine la fatigue. C'est le cas, par exemple de Simone Weil, de Robert Linhart ou encore de Nicolas Dubost. Au contraire, dans les témoignages d'anciens ouvriers sur le travail à l'usine ou dans la mine (par exemple Lengrand, 1974 ou Durand, 1990), la fatigue est moins

[36] Sauf « une », qui était d'ailleurs un infirmier, ancien aide-soignant.

présente[37]. Si la pénibilité du travail en usine est évoquée furtivement, en passant, comme un sujet sur lequel on ne souhaite pas s'attarder, la vie sociale de l'atelier est largement décrite et semble bien plus importante à présenter au lecteur. C'est donc moins en termes de problème de santé et de médicalisation qu'en termes de cohésion du groupe, de refus de l'aliénation et de l'exploitation et de courage qu'est abordée la question de la fatigue dans les récits d'anciens ouvriers.

Cette réticence à parler de sa fatigue s'inscrit dans la logique des différentes formes « d'idéologie collective de défense » (Dejours, 1993) que suscitent les difficiles conditions de travail du monde industriel et qui auraient « pour but de masquer, contenir et occulter une anxiété particulièrement grave » (Dejours, 1993, p. 43). Elaborée par un collectif de travail particulier, l'idéologie défensive, pour être opératoire, doit obtenir la participation de tous les intéressés. Celui qui ne contribue pas ou ne partage pas l'idéologie défensive est tôt ou tard exclu. La souffrance qui s'exprime à travers la plainte de fatigue peut être analysée comme le résultat d'une défaillance de ce système collectif de défense placé dans une situation particulière. Sans entrer dans les détails, ce qui supposerait de différencier les différentes expériences du travail ouvrier, il est possible de faire l'hypothèse que les notions de fierté dans l'effort, de résistance à la douleur et à la fatigue, en constituent des éléments importants. C'est la raison pour laquelle il peut y avoir des hésitations à parler de sa faiblesse. Présenter la fatigue et le stress liés au travail en usine comme des mauvaises fatigues devant être prises en charge, pour le traitement ou la prévention, par un professionnel, est un moyen de protester contre certaines conditions de travail jugées inacceptables. Mais la médicalisation de la fatigue au travail suppose la reconnaissance et l'acceptation par le travailleur de l'aspect problématique de sa fatigue. Dans ce cadre, chercher à la limiter (par des arrêts-maladie, des médicaments, la revendication de meilleures

[37] Une exception notable est celle de Georges Navel qui fait figure d'auteur atypique parmi les « écrivains ouvriers ». Dans *Travaux* (1945), la fatigue occupe une place très importante, que ce soit la fatigue physique du terrassier ou la « fatigue ennui » de l'ouvrier en usine. L'auteur évoque même ses épisodes de « neurasthénie » liés au dégoût du travail en usine. Mais Navel offre l'exemple d'un ouvrier qui refuse sa condition et peut-être, de ce fait, ne parvient pas à se forger une idéologie défensive qui permettrait de supporter la fatigue.

conditions de travail...), c'est aussi parfois reconnaître sa faiblesse, ses limites. Cette contradiction peut s'analyser à au moins deux niveaux : au niveau des interactions dans l'entreprise, tout d'abord, l'individu cherche à gérer l'image de soi et doit ainsi contrôler ses plaintes et son recours aux soins. Au niveau des représentations et de l'idéologie collective, ensuite, où la réalité doit être perçue de façon à permettre la construction d'une identité sociale[38] favorable. Pour beaucoup d'ouvriers, la fatigue dans l'effort productif ne présente pas que des aspects négatifs et peut être une source d'identité sociale voire de fierté. Plus simplement, résister à sa fatigue est le plus souvent pour l'ouvrier une nécessité que seule « l'habitude » permet de supporter. De cette nécessité, la culture ouvrière peut faire un véritable devoir social. A la fierté de la « dureté à la tâche » comme signe de force et de courage s'ajoute alors celle d'accomplir son rôle dans la société, de remplir un devoir social reconnu par le groupe. Dans le cas de la fatigue, qui ne s'exprime pas à travers des signes extérieurs évidents pour autrui, la tendance sera plutôt à éviter la médicalisation afin de préserver sa situation morale. Pour les ouvriers étudiés par Nicolas Dodier (1985), ce ne sont pas les états corporels, même attestés par le médecin, qui peuvent légitimer la fatigue, mais plutôt la pénibilité des postes qui peut faire plus facilement l'objet d'une évaluation collective. L'individu doit donc se soumettre aux normes du groupe et contrôler sa souffrance personnelle si elle s'en écarte trop.

La force physique et la capacité de résistance à l'effort sont traditionnellement, pour beaucoup d'ouvriers, un élément

[38] Le concept d'identité peut être défini de façon dynamique comme la recherche d'équilibre entre l'image qu'un individu à de lui même et l'ensemble des contraintes et opportunités qui lui sont imposées par ses différents rôles sociaux parmi lesquels son rôle professionnel. L'absence de décalage entre la première grandeur, de nature essentiellement subjective, et la deuxième, plus objective, est producteur de bien-être et d'une attitude positive à l'égard du monde et d'autrui tandis qu'un déséquilibre peut être source de souffrance. Il faut évoquer ici la définition d'Erikson (1972), souvent citée, pour qui l'identité du Moi est « un sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité personnelle au principe le plus profond de toute détermination de l'action ». Le processus de construction des identités se fonde sur des savoirs et des représentations partagés par des collectifs de travail soumis à des conditions de travail communes. Ce caractère collectif permet à l'individu de renforcer ses certitudes et donne un guide à son action permettant de réduire l'angoisse qui peut être liée à l'incertitude quant aux résultats de celle-ci.

important de la construction d'une identité sociale et personnelle positive. Dans une étude contemporaine sur les habitants d'une cité populaire du Nord, jadis tournée vers le travail à la mine, Olivier Schwartz (1990, p. 287 à 318) retrouve la permanence de ce modèle identitaire fondé sur une forte valorisation du travail et de l'effort. Celui-ci peut être perçu comme l'intériorisation d'une contrainte économique forte lorsque le salaire d'un travail déjà fatigant à la mine ne suffisait pas pour assurer la subsistance d'une famille. La culture d'un lopin de terre était alors un complément nécessaire à l'économie familiale. Mais cette valorisation de l'effort s'inscrit également dans tout un ensemble de valeurs masculines et peut s'autonomiser – avec la montée du niveau de vie – des contraintes matérielles qui en sont à l'origine. « La valorisation liée au travail ne s'acquiert pas seulement par l'exercice de compétences et de savoirs. Elle se gagne aussi par l'aptitude à se dépenser dans une tâche. Il s'agit ici de prouver qu'on dispose d'une réserve de forces, et qu'on est prêt à la déployer sans compter : sans écouter sa fatigue, sans épargner sa peine, sans être avare de son temps. On va voir émerger peu à peu toute une vision du travail et du faire qui met l'accent sur la grande quantité d'énergie consommée dans l'accomplissement de la tâche et sur la promptitude du travailleur à s'engager physiquement dans le corps à corps avec les choses. Celui qui déroge à cette morale de l'effort est vite accusé de fainéantise : terme qui apparaît très souvent, ainsi que son contraire – le courageux – dans le langage ouvrier du Nord » (p. 290). Olivier Schwartz qualifie ce type de comportement de « conduites de dépense », c'est à dire une dilapidation, un don de force physique « sans volonté de réparation ou de protection de soi » (p. 294), rappelant les destructions des potlatchs[39] de certaines sociétés d'Amérindiens étudiés par les anthropologues. Le corps à corps avec les choses devient un moyen d'affirmer l'identité masculine. Olivier Schwartz souligne ce que ces représentations doivent au monde des mineurs du Nord où la longue tradition de salaire au rendement a contribué à associer durablement dans les mentalités surinvestissement dans le travail, mépris pour la fatigue et atteintes à la santé d'une part, et la

[39] Fête rituelle, observée notamment chez les Indiens de la côte nord-ouest des Etats-Unis, visant, à travers des dons et des destructions somptuaires de biens matériels, à accroître le prestige du donateur.

rétribution matérielle et symbolique du travail (la fierté de pouvoir être celui qui ramène une forte paye[40]), d'autre part.

L'étude menée auprès de travailleurs de la sidérurgie par le sociologue Pierre Roche (1987) sur les représentations des risques du travail pour la santé permet de préciser les liens qui unissent la perception de la fatigue et les dynamiques identitaires. A partir de la notion « d'idéologie fonctionnelle de défense », empruntée à Christophe Dejours, et que l'auteur définit comme « un mécanisme élaboré par un groupe social particulier » pour « masquer, contenir et occulter une anxiété particulièrement grave » il est montré comment la fatigue et la pénibilité du travail peuvent devenir des supports de santé. Ainsi, les salariés exposés à des risques importants sont amenés à « mobiliser un imaginaire qui stimule la volonté, qui tient en alerte l'intelligence, qui exclut toute habituation et toute somnolence qui tonifie l'énergie musculaire » ainsi qu'à développer « une forte propension à méconnaître le lien travail-santé » (Roche, 1987, p.45). Le point de départ de cette recherche est une étude pluridisciplinaire des différents risques pour la santé, y compris les aspects psychopathologiques, dans l'entreprise Ugine-Acier à Fos, au début des années 1980. A la surprise des chercheurs, la participation des salariés a été la plus faible dans les secteurs où « les atteintes objectives à la santé subies par leur corps et leur psychisme » (p. 129) étaient jugées par les promoteurs de l'étude les plus importantes. Deux secteurs sont particulièrement contrastés : l'aciérie et le parachèvement. L'aciérie, où les aciers sont fondus en lingots, est l'atelier central de l'entreprise. Le travail y est plus qualifié et mieux payé. Une fois qu'une coulée est commencée, elle doit être terminée rapidement sinon les pertes financières sont élevées, ce qui donne une grande importance aux salariés de ce secteur qui ne sont pas facilement remplaçables. Les contraintes du travail sont fortes mais sont imposées par la nature de la production et non par le rythme d'une

[40] Louis Lengrand, ancien mineur, raconte ainsi (1974, p. 48 et 49) : « il ne fallait pas dire, par exemple : j'ai mal à la main, je vais me reposer quelques jours. Ah non! On mettait la main dans l'eau et du sel, et allez, au travail. Fallait pas revenir de la ducasse tout éreinté. Tu t'es amusé? Maintenant il faut travailler. T'as qu'à prendre une bonne suée et puis ça ira. On ne riait pas, il ne fallait pas perdre une journée. Ramener à la maison une fiche d'une quinzaine où on a perdu une journée, ça n'allait pas du tout. Je me rappelle, je n'avais pas dix-huit ans, j'avais gagné plus que mon père [...]. Mon père, lui, il était sûrement très fier. »

chaîne ; elles sont donc bien acceptées. Au total, les salariés de l'aciérie possèdent une identité et une fierté professionnelle fortes : ils sont d'ailleurs parfois qualifiés de « chevaliers du feu ». Le parachèvement, au contraire, où les barres d'acier froides sont nettoyées et découpées, occupe une place plus marginale et les travailleurs peu qualifiés et peu expérimentés y sont plus nombreux, le rythme de travail est imposé par la chaîne et par les autres ateliers. Alors que les contraintes objectives sont importantes dans les deux ateliers, la plainte de fatigue est beaucoup plus fréquente au parachèvement. « A l'aciérie, la fatigue est à la fois fortement ressentie, car les conditions de travail sont dures, mais en même temps considérées comme normales, acceptables, car, s'investissant durant le temps de travail, ces travailleurs sont disposés à passer le temps hors travail à récupérer leurs forces. Ne voulant pas s'avouer vaincus dans la lutte symbolique qu'ils livrent contre les éléments de l'usine, ne voulant pas porter atteinte à l'image qu'ils ont eux-mêmes et qu'ils souhaitent donner d'eux-mêmes, sachant pratiquement ce que leur position valorisée doit au fait de tenir face aux exigences les plus dures de leur situation de travail, ces travailleurs ne peuvent exprimer et dire leur fatigue que dans le privé [...]. Au parachèvement, la fatigue est fortement ressentie, car les conditions de travail sont dures, et considérées comme socialement anormales, inacceptables, car, ne pouvant s'investir que dans le temps hors travail, ces travailleurs ne sont pas disposés à utiliser ce temps là à récupérer leur force de travail » (p. 94). La reconnaissance au sein de l'entreprise dont jouissent les ouvriers de l'aciérie leur permet plus facilement de transformer la souffrance en plaisir : l'énergie personnelle, le désir d'agir, ce que Dejours nomme « la mobilisation subjective » se construit également dans la reconnaissance par autrui : « La mobilisation subjective dépend d'un couple contribution/rétribution. La souffrance nécessairement associée à l'exercice du travail constitue la contribution des travailleurs à la construction de l'organisation réelle du travail. Cette contribution est offerte par les travailleurs si en échange, ils peuvent espérer une rétribution. Cette rétribution revêt la forme spécifique de la reconnaissance au double sens du terme : reconnaissance comme constat de réalité, de la contribution des intelligences singulières au travail, reconnaissance de la souffrance associée à cette contribution, reconnaissance du mérite

des travailleurs, reconnaissance des imperfections de l'organisation prescrite du travail ; reconnaissance comme gratitude pour le service rendu. Cette reconnaissance peut passer par de multiples formes expressives (jugement de beauté, jugement d'utilité, prime, avancement...), mais la force pragmatique de la reconnaissance est toujours d'abord d'ordre symbolique et moral [...]. Ajoutons à cette analyse, sans le développer, que l'identité constituant l'armature de la santé mentale (comme le montre la psychiatrie), voire physique (comme le suggère la psychosomatique), la dynamique de la reconnaissance occupe une place centrale non seulement dans l'économie subjective, la souffrance et le plaisir au travail, mais aussi dans la lutte pour la santé » (Dejours dans, De Bandt, Dubar et Dejours, 1995, p. 172).

La force et la résistance à l'usure : le refus de reconnaître sa fatigue

Le terme, ou l'idée, d'usure revient souvent dans les discours ouvriers sur la fatigue. Les représentations de l'usure peuvent être résumées à travers l'idée d'une force physique qui s'amenuise au cours de la vie de travail et des ses expositions à la répétition des gestes, aux substances nocives (produits chimiques poussières), à la dépense musculaire excessive, aux stress divers. Pour les ouvriers, c'est la vie de travail qui use. Les représentations de la fatigue au travail sont donc indissociables des représentations de la vieillesse et de la retraite comme droit social au repos lié au don de soi pour la collectivité que représente l'usure d'une vie productive. L'usure, contrairement à la fatigue quotidienne, offre l'avantage, d'un point de vue cognitif, de ne pas être la marque d'une faiblesse personnelle, d'un manque de courage dans le corps à corps avec la matière, mais justement le signe que l'on s'est beaucoup donné, sans compter ni rechigner. Le thème de l'usure n'est donc en rien contradictoire avec le modèle de la dilapidation dégagé par Olivier Schwartz, il demande juste à être décliné suivant plusieurs variables. A travers les entretiens réalisés auprès d'ouvriers de production de deux entreprises françaises (Renault Flins et MVM) et d'ouvriers maçons sur les problèmes liés à l'âge dans l'entreprise, deux types idéaux de l'usure et de la fatigue peuvent être distingués. Un modèle plutôt masculin de valorisation de la force et de la résistance et un modèle, plus net chez les ouvrières (de

MVM), centré sur le sentiment du travail et de la fatigue comme devoir moral.

Ce premier modèle peut rappeler certains aspects du modèle de la « dilapidation » évoqué par Olivier Schwartz. Il est particulièrement net dans trois entretiens, réalisés à MVM auprès d'hommes respectivement âgés de 25 ans, de 34 ans et de 51 ans. Dans les trois cas, la nécessité pour le travail effectué de la force musculaire et la forme physique sont mis en avant. « Q : Est-ce qu'un débutant pourrait faire votre travail? R : Oui, s'il est assez costaud, il peut le faire. Je dis pas qu'il faut être superman, mais il faut quand même tenir huit heures.... Quand on passe des pièces comme on est en train de passer là, à cette heure-ci, elles font deux mètres de long sur cinquante centimètres de large, pour passer ça dans la journée, il faut quand même tenir » (34 ans) ; « Q : est-ce que vous trouvez que votre travail est fatigant ? R : Pour l'instant, non... je suis assez sportif, tout ça... donc ça va » (25 ans) ; « C'est sportif, voilà... j'aime bien [...]. Le jeune, il fatigue plus vite, parce qu'il n'a pas l'habitude » (51 ans). Une certaine fierté de la production réalisée est également exprimée dans les entretiens : « En une journée de huit heures on arrive à faire dix mille portes » (25 ans). Pour ces trois personnes, la plainte de fatigue est très faible et aucun problème de santé n'est signalé à l'enquêteur. Cette négation de la fatigue et de l'usure est liée à la fois au refus de reconnaître sa faiblesse et à la nécessité de tenir pour garder sa place : « Vous n'êtes plus bon, on vous balance » (51 ans). La direction semble d'ailleurs utiliser cette idéologie à son profit en stigmatisant ceux qui ne peuvent plus tenir le rythme : « Ici, les gens qui ne peuvent pas faire grand chose, ils les appellent des handicapés, là s'ils peuvent leur trouver une place plus cool, ils leur trouvent. Il y a le gardiennage, il y a... » Le recours médical pour fatigue est donc plutôt faible et la représentation dominante est qu'il faut tenir jusqu'à la retraite. Si un âge plus précoce pour le départ en retraite (55 ans) est souhaité, c'est alors non pas parce que l'on en peut plus, mais plutôt pour pouvoir en profiter en bonne santé, avant une usure totale, et pour laisser la place aux jeunes. La retraite n'est pas la paresse mais au contraire le repos et surtout la liberté bien mérités.

Dans tous les entretiens réalisés à Renault-Flins auprès d'ouvriers masculins sont affirmées la dureté à la fatigue et la réticence à consulter le médecin ou à s'arrêter en dehors de cas

vraiment graves : « Personnellement, c'est rare quand je vais à l'infirmerie, c'est rare quand je suis malade, donc je suis un cas [...]. Il y en a qui vont à l'infirmerie parce qu'ils se blessent par des petits morceaux de tôle qui rentrent dans les doigts, ou pour un mal de tête, des petites choses sans importance » (P2, retoucheur, 40 ans). Une fatigue liée au travail a donc peu de chance d'être considérée comme suffisamment grave pour entraîner une visite médicale ou un arrêt-maladie ; même si cette fatigue est aggravée par une petite pathologie : « Y a des jours, on arrive, on sait pas ce qu'on a, on est fatigué, comment dire, même pas avoir envie de travailler ; ça arrive à tout le monde, hein! On n'a pas envie de travailler, bon, ben on vient faire son travail parce que bon, on est obligé de travailler, mais le cerveau, il est fatigué. Donc, quand il y a une pause, il faut décompresser, il faut bouger, respirer un peu d'air frais, une fois qu'on est bien décompressé, ça repart, et puis voilà. Des fois, on est un peu malade, on a une bonne crève ou quoi que ce soit, vous savez, faire tenir une journée de huit heures comme ça, il faut le faire, hein! Moi j'me suis levé la semaine dernière, j'ai chopé un bon rhume, on peut pas travailler, rester toute une journée comme ça ; ça a duré toute une semaine, hein. Ben, toute une semaine, je dis ma tête elle travaille. Faut faire son boulot. C'est pas parce qu'on a un petit mal de gorge que ça empêche de travailler. C'est sûr que c'est gênant parce que bon ben, on tousse, on a la gorge irritée, on boit beaucoup, puis on... ça empêche pas de travailler non plus. Y en a, ils sont un petit peu malades, ça y est, ils restent à la maison. Bon, moi je ne suis pas comme ça, hein! Vraiment si ça va mal, c'est sûr que bon ben là, je suis vraiment obligé de voir le médecin. Mais autrement, un petit truc comme ça, on va travailler puis on essaie d'oublier son mal, et puis on fait sa journée quand même » (P1, 29 ans). Une telle attitude est à la fois valorisation de la force (« *je suis un cas* ») et intériorisation des contraintes imposées par la direction de l'entreprise : « Si la direction a été licencier une personne, c'est qu'il a fait une faute, c'est des fois il manque trop souvent pour rien [...], des malades professionnels, on appelle ça » (retoucheur, 40 ans).

Si la minimisation des problèmes de fatigue est presque générale dans les entretiens d'ouvriers masculins consultés, une distinction doit être observée entre la fatigue de celui qui n'arrive pas à suivre les cadences, à supporter l'effort quotidien et la fatigue

de celui qui vieillit, qui est usé par une vie de travail. La première est celle des jeunes qui « n'ont pas l'habitude » ou qui « ne sont pas courageux »[41] ou encore celle « des malades professionnels ». Il s'agit d'une fatigue honteuse qu'un véritable ouvrier ne doit pas avouer. La deuxième, au contraire, est plus avouable. L'abaissement de l'âge de la retraite, sans perte de salaire, est d'ailleurs une revendication fréquente. Mais l'on sait que cela n'est pas pour demain et, en attendant, l'ouvrier doit supporter son sort afin de remplir son rôle en ramenant une paye suffisante. Le cas de ce P1 de 53 ans, d'origine polonaise est exemplaire : il distingue la fatigue des jeunes (« moins courageux, moins motivés [...], ils sont vite fatigués ») des celles des ouvriers de plus de 50 ans (« déjà, ils sont plus fatigués, ceux qui travaillent en chaîne, ils sont plus fatigués ») et se déclare lui-même très fatigué du fait de son âge. Mais, par ailleurs, il précise qu'il n'est jamais absent pour problème de santé et qu'il n'a pas de problèmes de santé particuliers. Il ne veut pas partir à 55 ans en préretraite car il lui faut tout son salaire pour payer le crédit qu'il a contracté pour l'achat de sa maison. Tenir contre l'usure reste donc un impératif jusqu'à l'âge de la retraite. Cela explique pourquoi la médicalisation des différentes maladies d'usure reste faible malgré l'existence de nombreux problèmes liés à toute une vie de travail dans des conditions difficiles. Les difficultés refoulées lors de la vie active peuvent alors apparaître avec une grande violence lors du départ à la retraite. Le modèle de la dilapidation étant plutôt centré sur des attributs traditionnellement associés à la masculinité (force,

[41] Le dénigrement quasi systématique, de la part des « vieux » travailleurs, de la fatigue des « jeunes » s'explique par l'idée d'une usure progressive qui ne peut apparaître qu'après des années de travail mais relève également de mécanismes de défense identitaire liés aux transformations des caractéristiques du travail en usine. Comme le montre Michel Pialoux (1996) à propos de la modernisation de l'usine Peugeot-Sochaux, la force physique, principal axe d'identification des « vieux » OS, « est en train de se trouver dévalorisée à la fois parce qu'ils vieillissent physiquement et socialement, parce que leur groupe n'est pas renouvelé, mais aussi parce que, dans l'atelier même, la domination technicienne se renforce, parce que le poids du capital intellectuel va croissant de jour en jour » (p. 14). Cette situation est source de démoralisation, mais aussi de replis sur les anciennes valeurs de courage et de force physique dont on prive symboliquement les « jeunes » afin de conjurer son propre déclin.

virilité[42]...), il convient, peut-être, de dégager un modèle de représentation de l'usure plus « féminin ».

Le travail et l'usure comme nécessités : prise en charge médicale et retrait partiel du travail

Celui-ci est particulièrement visible dans quatre entretiens d'ouvrières (sur les cinq interrogées) de l'entreprise MVM[43], âgées de 35 à 59 ans. Pour ces quatre femmes la fatigue n'est pas niée et est même mise en avant dans le discours. Contrairement à la conception dominante de la mauvaise fatigue, la fatigue physique est jugée aussi néfaste, sinon plus, que la fatigue nerveuse : « Les fonctionnaires [...] c'est la tête qui travaille, c'est pas la même chose, mais vous savez, la fatigue physique, elle a sa valeur aussi, c'est encore pire, je crois » (47 ans). Mais, pour autant, l'usure n'en est pas moins acceptée comme une fatalité liée à l'âge et au travail. C'est une vie de travail, aussi bien salarié que domestique, qui explique la fatigue : « Moi, je crois qu'on perd ses forces, tout le monde, alors je crois que ça vient au fil des années » (47 ans, empile des pièces) ; « Q : C'est un travail fatigant ? R : Ben oui, vu mon âge, je fatigue, hein! C'est sûr. Q : Vous vous rendez compte de ça ? R : Je me rends compte que je diminue, ça c'est vrai » (59 ans). Le travail, source d'usure et de fatigue, est perçu comme une

---

42 Dans son dernier livre, le psychiatre Christophe Dejours (1998) fait de la référence et de la manipulation de l'idée de « virilité » le point central des nouvelles « idéologies collectives de défense » permettant de supporter et de justifier l'accroissement des pénibilités physiques et surtout morales au travail.

43 Dans cette entreprise, un plan de requalification du travail a été mis en place afin d'équiper progressivement les différents ateliers en machines à commandes numériques. Les personnes recrutées et/ou formées pour réaliser le réglage et la programmation de ces machines sont majoritairement, du fait de la politique de l'entreprise et des représentations que se font les ouvriers de leurs capacités de reconversion, des hommes jeunes. Ainsi, les postes de travail les plus pénibles physiquement (sur les anciennes machines, empilage des pièces...) sont plutôt occupés par des salariés âgés et des femmes. A la difficulté des postes s'ajoute, pour les femmes, la double journée de travail. L'une d'elles déclare ainsi : « Une femme moi je dis, elle a aussi sa vie à coté, moi, par exemple, les semaines de l'après-midi, tout mon ménage est fait, le linge, les repas sont préparés avant de venir, des fois, je dis, j'ai déjà fait ma journée avant d'y aller. Y'a des fois, en été, quand il fait chaud, j'en ai déjà plein les bottes avant d'y aller, ça c'est vrai ». Il existe donc des raisons « objectives » pour expliquer que les plaintes de fatigue soient plus nombreuses et plus variées chez les ouvrières que chez les ouvriers. Mais il est supposé ici que ces raisons n'expliquent pas toutes les différences constatées.

nécessité à la fois économique, sociale et morale. Il s'agit presque d'un sacrifice de soi, le plus souvent au profit de la famille et des enfants. Ainsi le travail de la femme est expliqué par le manque d'argent lié à l'achat de la maison, rendu lui-même nécessaire par l'arrivée des enfants. D'ailleurs, le travail en équipe, pourtant jugé fatigant, est parfois préféré car il permet à la femme de s'occuper de sa famille et de ses enfants le reste de la journée. Dans ces discours sur la fatigue et l'usure, l'idée d'un cycle de solidarité intergénérationnelle est donc sous-jacente : le travail, salarié et domestique, est d'abord un devoir moral et social pour les jeunes et les adultes, qui ensuite donne, à la fin de la vie, « un droit social au repos et à la désaliénation » (Guillemard, 1986). La fatigue et l'usure sont alors les signes, plus que l'âge chronologique, du passage à la vieillesse : « Q :Le salarié vieillissant [...] la limite, vous la placez toujours vers 55 ans ou 50 ans, ou plus encore, plus tôt? R : Oh non, ça dépend des personnes, ça dépend de la santé, ça dépend... Moi, à 35 ans, je me sens âgée, parce que je suis fatiguée. Q : Est-ce que vous vous considéreriez comme une salariée vieillissante ? R : Ah oui, moi oui. Au bout de 18 ans, je sens la fatigue quand même! J'ai ma collègue, pareil. On a mal aux jambes, on a mal au dos, on a de l'arthrose, déjà... ». Ce sont donc les signes médicaux de la fatigue et de l'usure qui légitiment le droit au repos : « Vous savez, nous, on est déjà fatiguée à notre âge, alors, une fois 50 ans, je crois qu'on mérite un repos » (femme, 35 ans) ; ou devraient le légitimer : « J'ai téléphoné à la CAF pour voir si je ne pouvais pas prendre ma demi-retraite, tellement je ne voulais plus rien voir, je ne voulais plus y aller. Il m'a dit :"Non, madame, pour les fonctionnaires, oui", je dis :"Pourquoi les fonctionnaires, ils sont pas plus fatigués que nous, au contraire!" [...] ça dégoûte! C'est les catégories qui sont les plus fatiguées qui sont tenues d'aller le plus longtemps » (femme, 47 ans).

La fatigue et l'usure représentent ainsi une limite objective où la responsabilité morale de la personne n'est plus en cause : « C'est pas que je suis fainéante, mais vous savez, ça fait 18 ans. Vous savez, depuis l'âge de 16 ans que je travaille. » La santé peut même apparaître comme séparée de la personne, elle représente un état qui s'impose à elle et l'usure est alors une preuve physique qui se situe au delà du jugement moral : « Q : Est-ce vous pensez que votre travail est dangereux ? R : Non. Pour la santé, oui, mais pour

nous, non. Pour la santé, pour une femme, on a mal beaucoup dans le dos » (35 ans). Dans ce cadre, la fatigue des jeunes est niée ou dénigrée comme illégitime : « Y'en a, vous savez, j'en voyais un, l'autre fois, moi je portais des grosses charges, il travaillait, il était là, il travaillait pas dans l'atelier, il faisait la mécanique, il faisait les affiches, il s'est mis assis par terre, il avait son petit boulon à visser, "pff... je suis fatigué...", je dis, "t'es fatigué de quoi faire ?" que je lui dis, "ben de tourner les doigts"... Alors c'est décourageant quand vous voyez des jeunes comme ça » (35 ans). Dans ces quatre entretiens d'ouvrières, les « *jeunes* », c'est-à-dire ceux qui n'ont pas encore travaillé assez longtemps pour avoir le droit d'être fatigués sont décrits comme « paresseux », « peu courageux », « pas vaillants ». Ce qui leur est surtout reproché, c'est de ne plus remplir le contrat moral qui veut que la personne jeune se fatigue dans son travail, comme pour rembourser la dette contractée auprès des générations précédentes qui se sont usées pour les élever. « Bon, moi je trouve qu'ils ne sont pas courageux parce qu'il y a des choses qu'ils auraient pu faire du temps que nous on faisait autre chose, tandis que là, ils se mettent assis à l'autre bout de la table et puis ils attendent que ça se passe. Bon, ben je dis à plusieurs, ça m'est arrivé de dire, "ben, t'aurais pu vider le palais, et pis l'envoyer, pis mettre une autre planche, re-préparer quand on va recommencer à mettre en route". "Oh, mais non. Moi je ne suis pas là pour ça!". Hein, c'est pas pareil, non. Ils sont plutôt paresseux, parce que moi, j'aurais jamais osé, quand je suis arrivée dans l'usine, au contraire, j'essayais de courir partout, que tout le monde soit bien content » (femme, 47 ans).

Dans ce contexte, la médicalisation de la fatigue n'est que partielle. Elle prend la forme d'une recherche de légitimation et de reconnaissance médicale de l'usure physique ; c'est-à-dire une demande faite au médecin de trouver dans le corps les traces, la preuve, de la fatigue et de l'usure (arthrose, mal au dos et au ventre lié au port de charges, tension basse, baisse d'acuité visuelle...). Le médecin qui ne cherche pas à lire les signes du corps est jugé comme un mauvais médecin : « L'année dernière, c'était un semblant de visite médicale [...], j'ai même pas lu, pas pris mon poids ni ma tension, alors c'était un semblant de visite médicale » (femme, 47 ans). Le rôle du médecin doit être de déterminer l'usure, éventuellement pour affecter la personne usée à un poste moins difficile ou réaliser une opération physique pour réparer :

« J'ai été obligée de me faire opérer des organes à force de porter des charges, ben ma foi... Moi je porte beaucoup sur le ventre... » (Femme, 59 ans). Mais, en dehors du constat et de la réparation, la médecine ne peut rien faire contre l'usure qui reste une fatalité et doit être assumée jusqu'au bout : « J'ai de l'arthrose dans la hanche. Et le professeur à Epinal, il a dit qu'il fallait arrêter de travailler. Je ne peux pas arrêter de travailler, je suis trop jeune pour arrêter de travailler » (42 ans). Dans ces quatre entretiens, la demande de constat biomédical de l'usure physique est importante. Deux types d'explications permettent de rendre compte d'un tel besoin. Tout d'abord le brouillage des repères chronologiques classiques pour l'âge de départ en retraite. L'exemple de personnes ayant pu, pour des raisons diverses, partir en retraite avant l'âge de 60 ans donnent aux ouvrières de MVM un sentiment d'injustice, l'impression que leur fatigue et leur usure ne sont pas reconnues. Le départ en retraite à 55, voire 50 ans est donc une revendication importante pour ces quatre femmes. Mais des craintes sont par ailleurs exprimées quant à la nécessité de devoir rester plus longtemps au travail du fait des problèmes de financement de la Sécurité sociale. Dès lors, ce qui est proposé, en conformité avec une importante tradition de revendication ouvrière, c'est de déterminer l'âge de départ en fonction de la pénibilité du poste et de l'usure liée au type d'activité exercé : « J'estime qu'une personne qui a travaillé...à l'heure actuelle, si elle a 55 ans, elle a dû travailler très jeune. Comme moi, j'ai travaillé à treize ans et demi, et j'estime qu'à 55 ans on a fait notre temps » (ouvrière, 42 ans) ; « Ma mère, elle travaillait à 55 ans, elle travaillait encore, parce que maintenant elle a 57 ans, ça fait un an qu'elle a arrêté, ben, quand vous voyez des gens à l'âge là, porter des charges, faire tout ça, moi je dis que non, on devrait leur donner la retraite à 55 ans » (35 ans). Anne-Marie Guillemard (1993), dans une étude sur les cessations anticipées d'activité en Europe observe une déchronologisation de la fin du cycle de vie au profit de critères plus fonctionnels d'incapacité progressive au travail, notamment dans les pays qui ont beaucoup utilisé la mise en invalidité comme mode de départ anticipé. Si cela n'est pas le cas de la France, les critères fonctionnels semblent néanmoins avoir une certaine légitimité dans les représentations de ces quatre ouvrières interrogées. Ensuite, dans ces entretiens, l'idée d'une rupture du contrat moral et social entre les générations est très présente. L'entrée tardive dans la vie

active des jeunes, le sentiment qu' « on ne leur apprend plus le sens du travail » donnent aux personnes interrogées une impression d'injustice. Leur usure et leur fatigue, preuve qu'ils ont donné et qu'ils auront bientôt le droit de recevoir, est là pour rappeler l'ordre normal des choses.

Ce modèle de l'usure et de la fatigue comme légitimation du droit au repos, s'il est plutôt caractéristique des entretiens d'ouvrières n'est pas exclusivement féminin puisqu'on le retrouve dans l'entretien d'un manœuvre de 58 ans, qui, prié de décrire son travail, met tout de suite en avant l'usure physique : « J'empile, avec cela, j'ai mal aux reins, j'ai pas été opéré mais j'ai presque été opéré, j'ai changé de traitement, j'avais des calculs dans les reins. C'était en 87. J'ai été arrêté assez longtemps, je crois un mois et demi. Et puis alors, je suis soigné, mais maintenant, quand je force, je sens que c'est douloureux. Je fais ce travail parce qu'on a pas le choix [...]. Quand j'étais jeune, j'avais la santé qui était très bien, mais à cause de mon âge, ça commence à se dégrader". Et un peu plus loin : "Q : Comment vous décririez cette fatigue ? R : La fatigue sur mes épaules sur mes bras... Quand on termine huit heures de travail , il y a des moments, on est vraiment à plat [...] Q : Est-ce que vous avez des problèmes de santé ? R : Oui, je vous l'ai dit, là, au torse et en 87, j'avais un arrêt, je crois d'un an et demi, j'avais des calculs dans les reins, j'étais venu à l'usine ici, et c'est eux qui m'ont chassé, ils disaient : "ici, ce n'est pas un hôpital, allez vous soigner." C'est eux qui ont fait venir le médecin du travail, ils ont téléphoné à l'hôpital, j'ai été hospitalisé, je suis resté un mois et demi. Et là, je suis sauvé. Je dis toujours qu'il ne faut pas aller plus haut que ses forces. » La fatigue et l'usure sont donc clairement posées comme des limites indépendantes du courage et du devoir moral de la personne, puisque c'est la direction et les médecins qui sont présentés, dans cet exemple, comme à l'origine de la décision. Le modèle de l'usure comme moyen de légitimation d'un droit au repos et à la désaliénation peut donc tout à fait se retrouver dans les discours d'ouvriers hommes. Par ailleurs, des exemples de déni de la fatigue au nom de la fierté du travail bien fait peuvent tout à fait se rencontrer dans des entretiens d'ouvrières, même âgées. Ainsi, cette femme de 54 ans, laveuse et contrôleuse de portes à MVM : « Q : Vous diriez que votre travail est fatigant ? R : Moi, j'aime ce que je fais donc je ne le trouve pas fatigant. J'aime bien ce que je fais, j'ai démarré au contrôle, je suis au

contrôle, là et j'aime bien. Je ne le trouve pas fatigant, personnellement. Y'a des postes plus difficiles, plus fatigants, mais moi non. Disons que quand on aime bien faire un travail, on le trouve moins fatigant. Moi, je le trouve bien. »

Enfin, il faut se garder de généraliser trop vite le cas de quatre ouvrières, sur les cinq interrogées à MVM, à l'ensemble des femmes ayant une activité pénible et manuelle. La situation de cette entreprise, par exemple le mode de répartition des activités pénibles (plutôt faites par des femmes âgées), peut, sans doute, expliquer certaines prises de position.

Le modèle de l'usure, qu'il soit féminin ou masculin, n'est pas seulement une forme discursive, mais aussi une réalité qui peut être observée dans les faits. La principale conséquence de la pénibilité du travail ouvrier est une usure précoce dont la manifestation la plus évidente est l'inégalité devant la mort. Ainsi, le taux standard de mortalité (TSM), égal à 100 pour l'ensemble de la population, pour les hommes entre 35 et 65 ans, est de 164 pour les manœuvres et OS des mines, 142 pour l'ensemble des manœuvres, 129 pour les OS de la métallurgie, contre 54 pour les ingénieurs (*Données sociales*, 1987). Une hiérarchie des pénibilités s'établit même au sein de la catégorie « ouvriers », allant des manœuvres aux ouvriers les plus qualifiés, seuls ces derniers ayant un TSM légèrement inférieur à 100[44]. Depuis 1991, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont reconnus et comptabilisés et de 1991 à 1994 leur nombre a été multiplié par trois. En 1993 ils représentaient ainsi 53% des maladies professionnelles déclarées en France. Ils résultent de la combinaison de quatre facteurs : un mouvement répétitif, une force exagérée, une mauvaise posture, et des cadences élevées. Les TMS sont surtout fréquents dans l'industrie agro-alimentaire, le textile, les sous-traitants automobiles, le bâtiment, mais aussi parmi les caissières de supermarché et les opérateurs de saisie informatique.

---

[44] Les conditions de travail ne sont évidemment pas seules en cause dans les inégalités sociales d'espérance de vie. En effet, Alain Chenu (1988) a montré que ce type d'inégalités se retrouvait aussi chez les femmes mariées inactives (en fonction de la CSP de leur mari). Il faut aussi prendre en compte le mode de vie, les comportements à risque (tabac, alcool…) et l'attitude face à la vie (Renaud et Bouchard, 1995).

Des formes de fatigue moins évoquées : la monotonie, l'ennui et le stress

Si l'usure physique au travail est la forme typique de la fatigue dans les discours ouvriers, elle n'est pas la seule. Dans plusieurs entretiens, notamment auprès d'ouvriers affectés aux nouvelles machine à MVM, reviennent en effet les termes de monotonie, d'ennui, de nervosité ou, dans deux cas, de stress. Mais l'idée de dépression nerveuse ou de pathologie mentale tout comme la visite à un psychiatre, un psychothérapeute ou à un psychanalyste ne sont évoquées dans aucun entretien. Le stigmate qu'apporterait le soupçon d'un problème psychologique semble encore plus fort que celui lié à la faiblesse physique. Il existe également ici un certain frein à la médicalisation de la fatigue et les souffrances psychiques liées à la monotonie sont acceptées avec fatalité. La monotonie d'un poste toujours identique est même parfois préférée à la fatigue physique qui serait liée à des changements de postes entraînant la nécessité de se forger de nouvelles routines.

La monotonie apparaît, pour les ouvriers de MVM, lorsque la fatigue physique recule sous l'effet de la mise en place des nouvelles machines. Dans les entretiens elle est d'ailleurs perçue comme le signe d'un certain progrès dans les conditions de travail. Elle est alors la contrepartie d'un travail moins pénible et ne fait pas l'objet de plaintes importantes, puisque l'impression générale est plutôt celle d'une amélioration des conditions de travail. Dans tous les entretiens réalisés par Anne-Marie Guillemard et son équipe, la fatigue est essentiellement décrite comme une fatigue physique conséquence normale du travail, et la « fatigue nerveuse » est très peu évoquée. Dans une enquête sur le sens du travail pour les ouvriers et les employés[45] était posée notamment la question suivante : « Votre travail est-il source de fatigue et de stress ? » Les réponses des deux catégories sociales se sont révélées très contrastées. Tout d'abord, les ouvriers se plaignent un peu moins de la fatigue que les employés. Mais surtout, la réaction à la question est différente. Pour tous les ouvriers interrogés, il faut distinguer la fatigue, qui est essentiellement physique et le stress qui est nerveux et dépend des responsabilités que l'on exerce et de la pression imposée par les chefs. La plainte de fatigue est plus

[45] Réalisée en TD par des étudiants de DEUG, sous ma direction (voir annexes 1 et 2).

fréquente que celle de stress : « Mon travail est source de fatigue surtout les jours de câblage où il faut tirer des câbles longs et lourds pour alimenter les alarmes ou les interphones. Sinon c'est relativement calme. Il me faut programmer les interphones qui sont aujourd'hui à code secret et là, beaucoup moins de force physique est nécessaire, il me suffit d'appliquer mes connaissances que j'ai acquises dans ce domaine. Le mot stress est un mot que je connais pas » (ouvrier électricien, 23 ans[46]) ; « Dans mon travail je ne ressens aucun stress, ni avant, ni pendant, ni après. C'est un travail purement manuel. On n'a pas besoin de préparer ou de penser à ce qu'on aura à faire le lendemain, on n'a pas de responsabilités, notre forme ou notre humeur ne rentre pas en compte dans nos tâches, c'est-à-dire qu'on exécute bêtement notre travail. En revanche, c'est bien une source de fatigue à cause des horaires, de la répétition, de la chaleur... On est fatigué parce qu'à la fin de la journée on a l'impression de n'avoir rien accompli de bien intéressant » (ouvrière emballeuse dans une usine de chips, 22 ans[47]). Même quand l'ouvrier interrogé se plaint du stress, les circonstances et les causes de la fatigue d'une part et du stress d'autre part sont bien distinguées : « Oui, quand on a la pression pour terminer le travail à temps, c'est stressant. Quand on fait des heures en plus, les grosse journées sont fatigantes » (monteur-câbleur dans une entreprise d'électronique, 47 ans[48]). Au contraire, pour les employés interrogés, principalement ceux que leur travail met au contact de la clientèle (vendeurs, aides-soignantes, gardiens de prisons, etc.), stress et fatigue sont considérés comme un même phénomène (« pour moi, stress et fatigue, c'est synonyme » ; « c'est le stress qui me fatigue », etc.). Tout se passe, en fait, comme si les ouvriers interrogés avaient intériorisé les théories sur la neurasthénie du début du siècle selon lesquelles l'ouvrier travaille avec ses muscles plutôt qu'avec sa tête. Les théories ergonomiques contemporaines sur la charge mentale, reprises par les syndicalistes, se retrouvent peu dans les discours recueillis. Cela ne veut pas dire que le travail ouvrier entraîne moins de souffrances mentales que d'autres types d'activité mais plutôt que le langage du stress et de l'investissement psychologique ne correspond pas aux représentations que les

46 Entretien réalisé par Arnaud Frénaud, janvier 1996.

47 Entretien réalisé par Elodie Gana, janvier 1996.

48 Entretien réalisé par Bertrand Mertens, février 1998.

ouvriers interrogés se font de leur fatigue. C'est bien le modèle de l'usure qui est prédominant et la fatigue nerveuse, quand elle est signalée, est souvent intégrée à ce modèle : la « tension des nerfs » explique alors leur « usure ». Trop usés, les nerfs finissent alors par « craquer » (Aballéa, 1987). Comparée à celles des employés et plus encore à celles des infirmières, les représentations que les ouvriers interrogés se font de leur fatigue au travail sont relativement éloignées du modèle de la « mauvaise fatigue ». Dans beaucoup d'entretiens, la fatigue n'est ni bonne ni mauvaise, elle est simplement une usure difficilement évitable qu'il faut bien apprendre à supporter.

Cette réticence à parler de sa souffrance mentale est à l'origine d'un paradoxe dans les statistiques sur le stress : alors que certaines études montrent que les ouvriers subissent plus de facteurs de stress que d'autres catégories sociales, celui-ci est moins souvent déclaré à l'occasion de sondages. Ainsi, le Service interentreprises de Médecine du travail de Nancy a lancé en 1990 une étude auprès 2592 salariés du secteur tertiaire, représentatifs d'une population de 45700 salariés de 15 entreprises. Le rapporteur résume ainsi les premiers résultats de cette recherche : « Sont davantage stressés, les femmes, les personnes vivant seules, les employés, les salariés en sous charge ou en surcharge de travail, ayant un travail monotone avec peu d'intérêt, peu de responsabilités, peu de satisfactions. Sont également plus stressés ceux qui n'ont pas la possibilité d'influencer l'organisation du travail, qui ne sont pas informés sur les objectifs de l'entreprise et sur les résultats de leur travail » (Demogeot, 1996, p. 85 et 86). L'approche épidémiologique remet ici en cause le lien entre postes à responsabilités et conséquences psychosomatiques du stress. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de sondages menés sur le sujet : ce sont alors en général les cadres qui se disent le plus souvent stressés. Selon un sondage IFOP[49] 65% des personnes interrogées estiment accomplir leur travail dans des conditions stressantes. Cette proportion s'élève à 69% pour les cadres et n'est plus que de 47% pour les ouvriers.

Certaines formes de d'économie et de préservation de soi, dont le principal moteur est le refus de l'exploitation, le refus de se

[49] Sondage réalisé auprès de 500 personnes pour l'institut Eurotechnopolis en février 1998 ; cité dans *Libération* du 20/04/1998.

laisser entièrement accaparer par l'usine et le patron, favorise cette résistance à la fatigue. Ce souci de s'économiser et surtout de protéger son identité peut prendre trois formes pratiques : le freinage, l'absentéisme et le turn-over. Mais avec la dégradation du marché du travail liée à l'augmentation de la concurrence internationale depuis la fin des années 1960 et au ralentissement de la croissance (notable à partir de 1973) le turn-over devient plus difficile, l'absentéisme et le freinage font l'objet d'un contrôle patronal de plus en plus fort. Face au recul de ces formes traditionnelles de résistance ouvrière à la fatigue, plus politiques et sociales que médicales, il est probable que l'angoisse, la souffrance et le malaise psychologique causés par des conditions de travail difficiles gagnent du terrain. Face à la contrainte et à la souffrance, l'action et l'opposition collectives offrent de bons moyens de défense personnels ; l'impossibilité de l'action explique au contraire l'augmentation de l'aspect psychopathologique du travail ouvrier et peut-être le besoin de médicalisation de ce mal-être, de cette fatigue. Les théories psychologiques du *coping* et des « lieux du contrôle » suggèrent justement que, toute choses égales par ailleurs, un même niveau de stress génère d'autant plus de complications psychopathologiques (fatigue, angoisse, ulcères, problèmes cardiovasculaires, etc.) que le sujet a le sentiment de ne pas maîtriser la situation à l'origine du stress. La médicalisation de la fatigue serait alors le résultat d'un échec – ou d'une impossibilité – des modes de défense traditionnels plutôt que le résultat d'une stratégie réfléchie de protection de la santé. Cette situation est de plus aggravée par une relative dégradation des conditions de travail (augmentation des cadences, des pressions de toutes sortes, etc.) observable depuis le milieu des années 1980 (un des symptômes en est une légère remontée des accidents du travail). Comme le remarque Véronique Guienne (Philonenko et Guienne, 1997), les conditions défavorables aux salariés sur le marché du travail, exploitées à leur profit par les employeurs, font que la résistance contre l'autorité cède de plus en plus la place à la résistance, le plus souvent clandestine, contre sa propre fatigue nerveuse et physique. La dégradation de la situation de beaucoup d'entreprises et la peur du chômage se combinent souvent pour faire échec aux différents mécanismes qui permettraient de faire face aux stress et aux contraintes de travail : l'impossibilité de s'identifier à une entreprise dynamique ou à une culture de métier

reconnue, une rémunération faible qui n'augmente pratiquement plus ou l'incertitude quant à la pérennité de l'emploi rendent difficile l'acceptation des pénibilité du travail et favorisent une plus grande sensibilité à la fatigue (Paugam, 2000).

Les discours sur la fatigue ouvrière possèdent plusieurs particularités : leur mise en forme, face à la réticence à s'exprimer sur sa fatigue personnelle, est plutôt collective, à travers l'action des syndicats, qu'individuelle. Ensuite, l'image de l'usure reste encore très présente. A la réticence des ouvriers à parler de leur souffrance psychologique répond, surtout pour la CGT, la crainte que la psychologisation des problèmes de fatigue ne conduise à occulter la dimension collective de la question. Ce n'est pas la fatigue d'un individu qu'il faut objectiver, mais celle de toute une catégorie de travailleur partageant les mêmes contraintes et les mêmes conditions de travail. Le débat social autour de la fatigue ouvrière au travail prend donc la forme d'un rapport de force entre syndicats et représentants des employeurs. Celui-ci est matérialisé par les débats à la commission des maladies professionnelles du Conseil Supérieur des Risques Professionnels (ministère du travail). Jean Hodebourg, représentant de la CGT à la commission des maladies professionnelles a ainsi tenté à plusieurs reprises de faire reconnaître les troubles psychiques liés au travail répétitif comme support à un tableau de maladie professionnelle. Mais les arguments méthodologiques et juridiques avancés par les représentants du patronat ont bloqué cette initiative. Le coût élevé pour les employeurs du système des maladies professionnelles explique leur volonté de limiter l'apparition de nouveaux tableaux. Pour être reconnue comme « professionnelle », la maladie doit apparaître immédiatement après l'exposition à un agent causal spécifique au milieu de travail. Les agressions psychiques, les « stress » ne sont pas spécifiques au milieu de travail et leurs effets peuvent être très tardifs ou ne se manifester qu'en présence d'autres facteurs. Tout ce qui relève de la « charge mentale » est donc difficile à faire reconnaître comme trouble spécifiquement professionnel[50]. Depuis 1993, un système complémentaire de

[50] Encore aujourd'hui, il semble moins légitime pour un ouvrier que pour un enseignant ou une infirmière d'avoir un arrêt maladie de longue durée pour des problèmes psychiques. Alors que cette pratique est tolérée pour certains métiers considérés comme « à risque », elle fait l'objet de fortes suspicions quand elle est utilisée par des travailleurs manuels. Ainsi, deux médecins ont été condamnés par le

reconnaissance des maladies professionnelles non reconnues dans les tableaux a été mis en place. Mais pour que la pathologie soit prise en compte il faut faire le lien avec le travail et prouver que le trouble entraîne une invalidité de 66% au moins. Cela n'est pas adapté à la fatigue et seuls des cas de stress post-traumatiques très graves ont pu être pris en compte (Ferrat, 1994). Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 1999 notait que « certains représentants du patronat sont peu enclins à encourager des études qui feraient émerger de nouvelles maladies ou qui mettrait en évidence de nouveaux facteurs de risque ». Le docteur Thillaud (CGPME) juge, par exemple, que « ce n'est pas le stress qui est à l'origine d'accidents mortels mais les machines contenant par exemple des arbres à came ». Pour l'IGAS, « si cette conclusion n'est pas fausse, elle élimine d'emblée la possibilité de poursuivre des travaux sur le stress et ses conséquences »[51].

L'étiologie professionnelle de l'usure physique, par contre, peut être plus facilement « démontrable » dans le cadre imposé pour les maladies professionnelles. Ainsi, la reconnaissance des troubles musculosquelettiques, en 1991, s'est traduite par une forte augmentation des déclarations de maladies professionnelles. Par ailleurs, toutes les formes d'usure provoquées par l'exposition à des agents physiques, tout comme l'usure visuelle, font déjà depuis les années 1950, l'objet d'une reconnaissance dans les tableaux. Mais d'autres formes d'usure physique, plus difficiles à caractériser, restent ignorées. Ainsi, les problèmes de dos (sciatique, lumbago) liés aux postures de travail ont été très difficiles à reconnaître comme maladie professionnelle[52].

Cette dimension à la fois collective, conflictuelle et centrée sur l'usure physique des débats sur la fatigue ouvrière tranche singulièrement avec la façon dont est gérée individuellement et collectivement la fatigue des infirmières hospitalières. Les représentations de ces dernières, notamment avec le *burn out*, sont beaucoup plus proches, en effet, du type idéal de la mauvaise

comité médical régional (c'est une première) pour avoir accordé des arrêts de travail jugés abusifs respectivement à un manœuvre et à un cariste (*Le Monde* du 26/03/1999).

51 *Le Monde* du 06/08/1999.

52 La reconnaissance du mal de dos est une revendication ancienne, déjà exprimée en 1985. Le 3 octobre 1998, Martine Aubry, ministre du Travail et de l'Emploi a promis, à la suite d'une manifestation de malades et d'accidentés du travail, la création prochaine d'un tableau pour les formes les plus graves de mal de dos.

fatigue. La comparaison entre les ouvriers et les infirmières permet donc d'éclairer le sens et les fonctions des discours sur la mauvaise fatigue au travail qui ne se développent véritablement que dans certains contextes sociaux bien particulier dont l'hôpital fournit un archétype particulièrement riche. Malgré une longue tradition d'étude de la fatigue ouvrière, aucune entité comparable au *burn out* des infirmières n'a été proposée pour rendre compte des effets du travail en usine. Si certaines caractéristiques peuvent rapprocher le travail ouvrier du travail infirmier (Pennef, 1992), l'image de ces deux activités diffère profondément et le travail des soignants est le plus souvent pensé sur le mode de l'exceptionnalité. C'est notamment le cas dans les travaux médicaux ou psychologiques sur la fatigue des infirmières. Pourquoi cette dernière est-elle perçue et décrite comme spécifique ? Pourquoi l'idée d'une mauvaise fatigue est-elle plus facilement acceptée dans les discours et les représentations sur la fatigue de cette catégorie ?

Chapitre III
De la fatigue des infirmières au *burn out*

Les infirmières hospitalières[53] (les infirmières libérales sont confrontées à des enjeux très différents) sont, comme les ouvriers, exposées à des conditions de travail pénibles aussi bien sur le plan physique que psychique (Peneff, 1992). Mais le fait de travailler « sur l'humain » et la façon dont cette pénibilité est vécue à travers une culture professionnelle très différente expliquent pourquoi les discours de cette catégorie sur la fatigue sont assez différents de ceux des ouvriers. Dans les sociétés contemporaines, les personnels médicaux, et les soignants en particulier, se voient confier la gestion de la souffrance, de la maladie et de la mort. Le processus de civilisation (Elias, 1973 et 1987) conduit à évacuer progressivement ces réalités humaines vers des professionnels chargés de les prendre en charge. Cette prise en charge est censée s'accompagner, de la part des professionnels, d'une distanciation et d'un contrôle de soi visant à la fois à préserver l'intégrité psychique des personnels et à garantir une plus grande efficacité du travail thérapeutique. Face aux difficultés liées à la mise en œuvre concrète de cet idéal, les discours sur la fatigue du soignant prennent tout leur sens.

L'analyse des discours infirmiers sur la fatigue a pour ambition de procéder à un dévoilement progressif des fonctions latentes de régulation sociale jouées par les discours sur la mauvaise fatigue. Dans un premier temps, il s'agit de préciser la nature des souffrances liées au rôle professionnel qui s'expriment au travers des plaintes de fatigue. Mais les infirmières ne doivent pas être

[53] Les entretiens utilisés dans cette partie ont été réalisés dans deux hôpitaux : Laënnec (AP-HP) à Paris et Max Fourestier à Nanterre (connu pour le centre d'accueil de SDF qui lui est lié). Seules des infirmières de jour ont été interrogées et les services à très forte mortalité ont été évités, de façon à ne pas être trop marqué par ces questions spécifiques. Sur les entretiens, voir annexes 1 et 2.

considérées comme passives face à ces contraintes professionnelles : outre les stratégies collectives de défenses visant à euphémiser les causes de souffrance, les revendications pour une amélioration des conditions de travail et du statut professionnel jouent un rôle d'adaptation individuelle et collective à ces contraintes. Néanmoins, le fort sentiment de la spécificité de la fonction infirmière rend problématique l'expression des revendications sous une forme collective trop directe dans un mouvement syndical classique. La naturalisation des revendications sous la forme des limites physiques et morales de l'infirmière permet un dépassement de ce dilemme moral. C'est pourquoi les revendications professionnelles s'inscrivent si fortement dans les discours sur la fatigue et le stress. Mais ces arguments ne sont pas à usage uniquement externe (démontrer à autrui – les médecins, les malades, les responsables administratifs et politiques, etc. – la nécessité d'une plus grande reconnaissance des besoins de l'infirmière), ils ont aussi un usage plus interne : servir de base à l'autorégulation professionnelle. A cet égard, la théorie du *burn out*, inventée par des psychologues pour les soignants, représente de façon quasi exemplaire le positionnement professionnel idéal, c'est-à-dire celui qui permet de s'épanouir dans la relation à l'autre plutôt que d'en être « malade ». Ainsi, les discours médico-psychologiques sur la fatigue peuvent être compris comme une nouvelle morale, voire un nouveau mythe venant assurer la régulation, au moins symbolique, du travail infirmier.

I - Evolution historique de la profession et transformation des discours sur la fatigue

La profession infirmière est une profession récente, marquée par son origine religieuse. Le passage de l'activité religieuse à l'exercice laïque commence, pour la France, à la fin du XIXe siècle[54]. Les médecins républicains qui ont encouragé cette

[54] En fait, la plupart des femmes soignantes avant cette époque n'étaient pas de « véritables religieuses », c'est-à-dire portant le voile, mais plutôt mais des filles séculières employées comme servantes par des confréries religieuses. « La société d'ancien régime était une société d'ordre où chacun avait sa place. Après le clergé qui devait prier, la noblesse qui devait se battre, le troisième ordre devait assumer sa condition en travaillant. Et c'était bien la fonction des femmes du peuple à l'hôpital, tentant de gagner la vie éternelle non par la pratique de la charité, mais par un travail

évolution, au nom de la science et de la raison contre l'obscurantisme religieux, ont néanmoins cherché à conserver la dimension de vocation et de dévouement comme moyen « d'auto-exploitation » et de soumission au médecin. Le docteur Pointe écrit ainsi (cité dans Kergoat *et al.*, 1992) : « Les femmes ont plus de patience que les hommes, leurs soins sont plus doux, leurs attentions plus délicates et, quand leur zèle est animé par le sentiment religieux, quelque pénibles et dégoûtants que soient leurs travaux, elles s'y adonnent avec un courage et un dévouement qu'on ne saurait attendre d'hommes à gages, accoutumés à mesurer le travail sur le salaire ». La principale justification de cette laïcisation a été la nécessité d'une plus grande compétence technique. Mais ce n'est qu'en 1922 qu'est créé un brevet de capacité professionnelle donnant droit au titre d'infirmière diplômée d'Etat. En 1938 est créé un diplôme d'infirmière distinct de celui d'assistante sociale. La dimension médicale est alors clairement affirmée. Enfin, la création, en 1956, du diplôme d'aide-soignante permet d'institutionnaliser la délégation des tâches subalternes et de relever le statut de l'infirmière. Cela a cependant eu pour effet, tout comme le développement des autres métiers paramédicaux qui viendront par la suite, de partager et de fractionner l'accès au malade et ainsi de rendre moins évident le rôle propre de l'infirmière. Le développement rapide de l'hôpital dans les années 1960, la technicisation croissante du métier, les améliorations des conditions de travail obtenues après mai 1968[55] tendent à faire du métier d'infirmière une occupation technique comme les autres. Mais la tension entre le modèle professionnel « moderne » de la technicienne et le modèle « traditionnel » du dévouement aux soins des âmes n'a pas totalement disparue. Si la référence au message religieux est de plus en plus rare, le discours psychologique a parfois pris le relais dans la gestion de cette tension.

Le passage progressif d'une régulation professionnelle assise sur un répertoire normatif à caractère religieux à d'autres formes de

affirmant à quelle place elles devaient rester dans la société » (Chevandier, 1997, p. 32). Il n'en reste pas moins que la dimension religieuse et le soin des âmes, occupaient pour elles une place prépondérante.

55 Pour plusieurs des surveillantes rencontrées lors de cette étude, il y aurait, du point de vue des conditions de travail et du statut dans l'hôpital, un « avant » et un « après » mai 1968.

régulation s'est fait dans un environnement de plus en plus marqué par les interdépendances avec d'autres catégories professionnelles (médecins, aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes, etc.). Alors que certaines infirmières, surtout des cadres et des formatrices en école, tentent de faire reconnaître le métier d'infirmière comme une véritable « profession », au sens de la sociologie fonctionnaliste, ce qui relève du « rôle propre », selon le vocabulaire infirmier, ou de la juridiction (Abbott, 1988) de l'infirmière, est loin de faire l'objet d'un consensus. Tandis que pour les « religieuses », soulager et sauver les âmes ne pouvaient faire qu'un, la relation au malade de l'infirmière d'aujourd'hui est sans doute plus complexe. D'autant que les seuils de tolérance à la douleur et à la mort ne cessent de s'abaisser dans les sociétés occidentales. C'est dans ce contexte difficile que se réalise le passage de la vocation religieuse à des formes plus personnelles de motivation. Comme dans le schéma développé par Norbert Elias, l'autocontrainte doit être de plus en plus intériorisée. Le système normatif de type essentiellement religieux et moral devient trop extérieur à la personnalité propre de chaque infirmière pour être efficace. La motivation dépend de plus en plus de la capacité à transformer les différentes sources potentielles de souffrance au travail en sources de plaisir, mais cette « alchimie sociale » des sensations n'est plus soutenue par les croyances religieuses. Le travail infirmier ayant toujours demandé un fort investissement physique et moral, la fatigue et la souffrance psychique constituent des éléments importants dans le travail de production du plaisir au travail. Or, cette fatigue infirmière a fait de façon précoce l'objet d'une conceptualisation médico-psychologique (comme les recherches sur le *burn out*) largement reprise par les infirmières elles-mêmes. La façon dont est ressentie, gérée, analysée et mise en discours la fatigue des infirmières condense alors le passage d'une régulation professionnelle par la vocation religieuse à une régulation par l'auto-motivation de plus en plus nourrie par des savoirs médicaux et surtout psychologiques. De façon plus générale, cette évolution participe du mouvement de rationalisation et de désenchantement du monde (Weber, 1969) qui se traduit par le déclin du religieux et de la morale au profit du médical dans les mécanismes de régulation sociale. La distanciation et le recul professionnel sont alors des valeurs centrales de la nouvelle façon d'exercer le métier d'infirmière.

Le déclin de l'emprise religieuse a marqué les attitudes des différentes générations d'infirmières face à la fatigue et à l'angoisse engendrée par leur activité. Un condensé de l'évolution de la profession peut être esquissé à partir des trois récits de vie d'infirmières sélectionnés par Yvonne Knibiehler et son équipe (1984, p. 15 à 40) comme représentatifs, parmi les soixante biographies recueillies en 1980. La première des trois femmes interrogées, sœur Laure, est née en 1880. Arrivée à l'hôpital Pasteur avec 15 autres religieuses en 1900, elle évoque la difficulté de sa tâche : « Au début, j'ai eu beaucoup de mal à m'habituer. J'avais peur des malades car ils souffraient beaucoup. Les varioles m'impressionnaient et je me disais : "Mon Dieu, je ne puis rester". Je l'ai dit quelquefois à ma mère. Et puis, quand la peur me prenait, j'essayais quand même et elle finissait par me quitter. Avec la foi, de la bonne volonté, le bon Dieu peut nous aider. Et puis je suis restée, ma mission était là [...] Nous travaillions beaucoup à l'hôpital. C'était dur. Mais nous avions une devise : "On va essayer". Finalement, avec la grâce de Dieu, j'y suis arrivée. »

La deuxième, M.B.F.[56], est née en 1914. Après un passage de trois ans par une nouvelle école d'infirmières des hospices civils, avec 2 ou 3 heures de cours et 8 heures de service en tant que stagiaire dans des services chaque jour différents (« De toute façon, malgré la dureté du travail, j'ai gardé de cette école un souvenir assez bon parce que la discipline y était assez stricte, un peu l'armée. Nous avons été formées à une école solide et nous avons eu moins de peine pour accomplir notre travail »), elle passe par plusieurs services avant d'arriver en chirurgie infantile où elle passe la guerre. « Notre grand patron avait commencé à pratiquer la chirurgie pulmonaire, mais sans discrimination entre cancéreux, tuberculeux et autres. Avec mon extrême fatigue, depuis si longtemps accumulée, j'ai contracté une affection tuberculeuse des deux sommets. Il a fallu que je m'arrête à peu près un an [...]. J'ai appris à me reposer, à organiser ma vie de façon cohérente [...]. A ce moment, un poste a été libre à l'école d'infirmière. J'ai été poussée là par mon médecin traitant qui voulait m'écarter de la contagion. » Après dix ans d'enseignement, elle retourne dans son ancien service comme surveillante (« le service était très lourd »).

[56] Comme le fait Yvonne Knibielher dans son livre, les deux infirmières présentées ici le sont par leurs initiales.

« Ma présence dans le service que j'ai tant aimé a duré dix ans, au bout desquels je me suis sentie comme usée. Je connaissais bien la directrice de l'école de la croix rouge, qui avait à peu près mon âge. Elle a eu un jour besoin d'une monitrice et m'a proposé de venir prendre ce poste [...]. Si c'était à refaire, je choisirais ce métier, certainement. Je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre dans ma vie. J'ai connu plus de joies que de peines. Quand on me demande conseil, je dis que c'est très pénible, bien sûr. A cause de l'effrayante responsabilité. »

Alors que sœur Laure avait choisi son activité par vocation religieuse et M.B.F. par vocation pour les soins aux enfants, A.R.N., née en 1947, a d'abord passé un BTS de secrétariat de direction, mais le travail ne lui plaît pas. Après 1968, elle participe à différents mouvements d'extrême gauche. Elle décide en 1976 d'entreprendre des études d'infirmière pour « faire quelque chose d'intéressant », « avoir des rapports avec les gens » et pour « l'acquisition d'un certain savoir sur le corps humain ». Cette décision correspond également à la période de séparation d'avec son compagnon de l'époque. Le métier d'infirmière est vécu par cette jeune femme comme un moyen d'épanouissement personnel et non comme une « vocation » : « Il ne s'agit pas d'une vocation, d'un désir de s'occuper des autres, mais plutôt du choix d'un métier qui m'attirait. » Son premier poste, dans une clinique privée, lui « plaisait beaucoup : diversité, relations avec les malades et l'équipe (une aide-soignante plus une femme de salle), hiérarchie beaucoup moins pesante qu'à l'hôpital et, de ce fait, beaucoup plus de possibilités d'initiatives et de pouvoir de décision. » Mais les horaires et la charge de travail importante l'incitent à passer le concours d'infirmière de l'Education nationale. Si les contacts avec les élèves de son lycée sont jugés satisfaisants, les relations avec le personnel administratif (« tous ces sous-fifres encroûtés dans leur routine, malades de peur devant leurs supérieurs hiérarchiques et n'hésitant pas à enfoncer les autres dès qu'ils avaient un bout de pouvoir, pour se couvrir préventivement ») sont moins bien vécues. « Cette atmosphère jointe aux astreintes de la vie en internat (pas de vie sociale possible pour moi et mes enfants), a fait que je suis tombée malade. » Elle démissionne donc et travaille, au moment de l'entretien, comme infirmière dans une entreprise mutualiste.

Dans une certaine mesure, ces trois petits récits de vie sont révélateurs de l'évolution des rapports au travail. Ils sont donc riches en informations sur les représentations des contraintes et de la fatigue (toujours exprimée mais sur des modes différents) liées au métier d'infirmière et de leur éventuelle médicalisation. Pour les premières générations d'infirmières professionnelles, souvent religieuses au sens large, la fatigue existe mais est peu médicalisée : « Dans ce métier, j'ai éprouvé souvent une très grande fatigue. C'était devenu mon état habituel. Je ne me suis cependant guère arrêtée pour maladie. Une vingtaine de jours en trente ans » (S.T., née en 1899, citée p. 269). Pour certaines « religieuses », la fatigue peut même prendre une forme positive de sacrifice, de don de soi conforme au désir d'union avec Dieu. Les conditions de travail des premières infirmières laïques sont aussi très dures et la notion de dévouement reste très présente. Jusqu'aux années 1950, la situation change peu. « Pendant nos deux ans d'études, nous avions appris que notre profession était une profession de dévouement, que nous devions un respect absolu aux médecins et à l'administration. Nous étions prêtes à être dévouées, exploitées au maximum. Nous faisions des heures supplémentaires en pagaille [...]. Il m'est arrivé souvent, après avoir travaillé de poste de 14 heures à 22 heures, d'être rappelée à peine endormie (impossible de se rendormir après l'urgence). Après cinq ans de ce régime (1946-1951), j'étais à la fois épuisée et d'une agressivité incroyable. Les infirmières de notre génération ont été exploitées au nom du dévouement » (M.M.B., née en 1921, p. 270). Mais la fatigue perd peu à peu son sens religieux et salvateur et commence à être médicalisée sous la forme de l'usure physique comme le montre, par exemple l'épisode tuberculeux que M.B.F. attribue au surmenage et à la fatigue. Pourtant la notion de vocation reste forte comme l'illustre le choix presque passionnel de M.B.F. pour les services de pédiatrie. Dans les années 1960, avec la modernisation de l'hôpital, et peut-être à la suite des événements de mai 1968, le rapport au travail commence lentement à évoluer. Le cas d'A.R.N. illustre de façon extrême cette évolution : ce n'est pas par vocation, au nom du dévouement qu'elle justifie le choix de la profession infirmière, mais au nom de son épanouissement personnel, de l'enrichissement individuel. Ce n'est plus l'éthique du dévouement à la collectivité qui domine, mais celle du développement personnel. Pour cela, le travail est important, mais à égalité avec

l'engagement politique et la vie familiale ; dans le troisième récit de vie apparaît bien l'alternance entre épanouissement par la vie familiale et épanouissement par le travail. Ce devoir d'épanouissement personnel par le travail explique l'importance attachée aux rapports humains dans le travail qui peuvent être source de bien-être quand ils sont perçus comme satisfaisants ou de maladie quand ils sont mauvais : ce sont les rapports avec le personnel du lycée qui sont responsables de la maladie d'A.R.N. On retrouve en fait ici les bases d'une logique de distinction entre bonne et mauvaise fatigue en fonction du sens qui est attribué aux rapports avec autrui. Ce n'est plus alors seulement l'usure physique qui est médicalisée, mais aussi le mal-être psychologique lié à une ambiance de travail jugée peu épanouissante. Si le troisième récit est un peu extrême (l'infirmière a quitté l'hôpital où l'on rencontre toujours chez certaines un engagement « passionnel »), il indique tout de même une tendance générale qu'il faut chercher à préciser.

Cette évolution, dégagée sommairement à partir de quelques cas particuliers, mais sélectionnés par une équipe d'historiens comme pertinents, ne peut pas être généralisée directement à toute la profession et reste plus proche de l'archétype que de la réalité. Il reste à explorer ces quelques pistes à partir d'une étude sur les représentations de la fatigue et du stress des infirmières actuelles. L'effort, les contraintes et la fatigue sont effectivement verbalisés à toutes les époques dans les discours des trois infirmières présentées, mais à chaque fois accompagnés d'une forme de justification particulière : c'est l'engagement religieux dans le premier cas, la cause des enfants qui souffrent dans le second et l'épanouissement personnel dans le troisième cas. Ces représentations de l'engagement dans le métier d'infirmière permettent de donner un sens plus positif à ce qui est d'abord négatif , elles peuvent donc faire penser à la présence d'une « idéologie défensive de métier » (Dejours, 1993) présentant des manifestations variables avec le temps. Le fait que le « plaisir au travail » doive être recherché de plus en plus dans « l'épanouissement personnel » plutôt qu'à travers une justification extérieure (engagement religieux, social...) rend alors la question de la perception des conditions de travail et de la reconnaissance par autrui particulièrement cruciale.

II - Les représentations de la fatigue infirmière

A partir des entretiens recueillis, il est possible de retracer à grands traits quelques formes typiques du discours infirmiers sur la fatigue[57]. Plusieurs points sont particulièrement notables : tout d'abord, la distinction souvent évoquée entre une fatigue physique et une fatigue mentale, ensuite, l'idée d'une usure accélérée et enfin la forte présence de phénomènes de « mise en accusation » (Fainzang, 1989) dans la distinction opérée entre bonne et mauvaise fatigue.

La fatigue physique est d'abord associée, dans la plupart des entretiens, à la station debout prolongée, au fait de faire de nombreux pas (« on piétine beaucoup » est une plainte qui revient très souvent), voire de courir (« on court toute la journée, on n'a même pas le temps de s'asseoir »). Le résultat est alors une fatigue physique à la fois générale (« quand je rentre le soir, je suis lessivée ») et localisée (« les jambes lourdes »). Le deuxième aspect de la fatigue physique résulte de l'obligation de devoir lever les malades et de porter différentes charges. Celle-ci peut entraîner les douleurs dorsales et les « lombalgies » dont se plaignent certaines des infirmières interrogées. Mais ce deuxième aspect est moins présent dans les entretiens que le premier, alors même qu'il est plus souvent signalé par les médecins du travail. Une étude, menée à partir de 68 entretiens semi-directifs, sur les représentations que les infirmières hospitalières se font de l'origine de leurs problèmes de dos montrait que celles-ci les attribuaient essentiellement au travail direct de soin aux patients. Or l'observation ergonomique et les études épidémiologiques ne confirment pas particulièrement cette interprétation (Harber, 1988, cité dans Clerc et Lert, 1991). Dans l'expression et la sensation même de fatigue et d'usure physique, la question des relations avec le malade occupe donc une place subjective primordiale que ne semble pas confirmer une observation « extérieure ». Cela est

[57] Il ne s'agit pas ici de tenter de déterminer les facteurs de risque de fatigue et de stress à l'hôpital. Outre le fait que les quelques entretiens réalisés ne permettraient pas de le faire de façon rigoureuse (non représentativité, faible échantillon, méthode d'investigation - l'entretien - peu adaptée), ce n'est pas l'objectif de ce travail, le but n'étant ici que de dégager quelques principes structurants des représentations que les infirmières interrogées ont donné de leur propre fatigue. Pour une présentation rigoureuse des facteurs de stress et une large bibliographie, voir Estryn-Béhar (1997).

encore plus évident en ce qui concerne la fatigue liée à la marche. La mise en avant des nombreuses allées et venues de l'infirmière, presque toujours liée à des plaintes au sujet du manque de temps, est en fait révélatrice d'un malaise qui dépasse le simple niveau de la fatigue physique et renvoie à la difficulté d'exercer la fonction infirmière. Cette difficulté se traduit alors essentiellement par l'impression de ne jamais avoir assez de temps pour bien faire son travail, c'est-à-dire pour bien s'occuper du malade.

Anne Véga (1995), après l'observation ethnographique d'un service de neurologie, fait l'hypothèse que l'hyperactivité, le va et vient incessant qui peut sembler irrationnel aux yeux de l'observateur extérieur constitue un moyen de se prémunir contre le risque d'un investissement trop grand auprès du malade, une façon de surmonter les contradictions liées à la fonction infirmière (dévouement au malade contre compétence technique) et de se protéger symboliquement des contacts avec la mort, la souffrance et la maladie. Madeleine Estryn-Béhar (entretien) remarque aussi que, souvent, ne pas s'asseoir pour parler au malade est une façon d'écourter l'entretien et de garder certaines distances, de ne pas trop s'impliquer dans une relation qui pourrait être source de souffrance. S'épuiser dans un flot continu d'activité, multiplier les pas en tous sens est, en quelque sorte, un moyen de prouver aux autres et à soi-même que l'on n'a pas le temps de s'investir dans une relation qui pourrait être perturbante pour le psychisme (endosser la douleur d'autrui, subir ses humeurs, etc.). Ainsi, avec un tel schéma comportemental, l'infirmière semble rechercher la fatigue physique pour éviter la fatigue mentale. Soigner ou prévenir la fatigue par la fatigue semble être une stratégie souvent mise en œuvre.

Ceci-dit, les interruptions dans le travail, les phases de station debout prolongées, les multiples allées et venues ne peuvent pas être analysées uniquement comme une forme de refus de l'investissement dans la relation. Le fait que le travail sur des êtres humains rende impossible la planification de l'activité, la charge de travail parfois élevée et les problèmes d'organisation du travail (utilisation de locaux de conception ancienne, coordination entre diverse professions, etc.) expliquent une large part de cette dépense physique et de cet éclatement de l'activité de travail. Ainsi, une expérience menée au CHU de Grenoble a montré que le réaménagement des espaces de travail et la mise à disposition des

instruments de travail ont permis une baisse significative des allées et venues, une augmentation du temps de travail assis et une réduction des interruptions. De même, un certain nombre d'études ont montré l'existence d'une corrélation positive entre charge de travail et fréquence des interruptions (présentées dans Estryn-Béhar, 1997).

Une autre forme de « surmenage préventif » parfois pratiquée à l'hôpital est le déni de la fatigue de la part de certains médecins ou infirmières. Ces attitudes les conduisent à se lancer dans des périodes de travail interminables : « Moi, j'ai une collègue, elle a déjà enchaîné jour et nuit. Des fois, il manquait quelqu'un, elle venait de faire sa nuit, elle a enchaîné la journée » (Max Fourestier, SICS, 33 ans). Face à l'angoisse et à la frustration professionnelle que peuvent représenter la maladie (qu'on ne guérit pas toujours) et la souffrance du malade (qui n'est jamais totalement supprimée), nier sa fatigue, c'est en quelque sorte nier ses limites en tant qu'être humain. L'étude des grand textes sacrés et des premières œuvres philosophiques montre comment l'infatigabilité est la marque distinctive des dieux tandis que la fatigue est le signe de la faiblesse humaine (Chrétien, 1996). Un tel mécanisme a été décrit pour les internes en médecine : « L'interne, en manque de sommeil, mettrait en jeu un souhait inconscient de nombreux médecins : posséder des compétences et des pouvoirs transcendant à ceux généralement considérés comme humains. Présumer qu'une personne en perpétuelle activité durant plus de 36 heures peut rester efficace revient à nier ses limites humaines. Cette recherche d'omnipotence peut-être comprise comme un rempart contre l'anxiété générée chaque jour par le combat, souvent frustrant, contre la maladie et la mort » (Estryn-Béhar, 1997, p. 21-22). Une infirmière peut d'autant plus se laisser entraîner dans un tel mécanisme qu'à la différence du médecin elle contrôle peu la thérapeutique mise en œuvre et n'a pratiquement que sa fatigue à offrir dans le combat contre la maladie au coté du malade. Si tel est le cas, le risque est que l'accumulation de fatigues « normales » se transforme brutalement, au bout d'un certain temps, en une décompensation franchement pathologique, voire à un rejet de la profession tel qu'il est décrit dans le modèle de « l'usure de l'infirmière » ou dans la théorie du *burn out*.

Si la fatigue physique est décrite dans les entretiens comme relativement non spécifique aux infirmières, la fatigue mentale,

aussi qualifiée « d'intellectuelle », de « morale » ou de « psychologique », constitue souvent ce qui fonde, pour les personnes interrogées, la particularité du travail d'infirmière, ou plus généralement des personnes qui s'occupent d'aide à autrui. Si les horaires variables et les emplois du temps flexibles sont souvent cités comme des causes générales de fatigue mentale, les autres facteurs cités dépendent souvent de la nature du service où exerce l'infirmière interrogée. Aux urgences et en réanimation, l'accent est mis sur les variations d'activité : « Le stress, c'est du fait que les gens arrivent souvent, bizarrement, beaucoup à la fois. On peut rester une heure avec personne ou une ou deux personnes, et après, il y a des heures, dans la journée, où il y a plein de monde. Ils arrivent tous en même temps » (Laënnec, urgences, 39 ans). Cet aspect de la pénibilité du travail peut parfois être renvoyé du coté de la fatigue physique : « Aux urgences, il y a une fatigue…Il y a les deux sortes de fatigues. Il y a la fatigue psychologique et il y a la fatigue physique, ça dépend. Parce qu'il y a le service porte [i.e. le service d'hospitalisation des urgences avant que le malade soit envoyé dans d'autres services], au dessus [au premier étage] qui fait partie des urgences, et les urgences même, en bas [au rez-de-chaussée]. Donc, en haut, c'est plus psychologique et en bas plus physique » (Laënnec, urgences, 22 ans). Un autre type de pénibilité psychique est signalé aux urgences : la présence de « cas sociaux » et de « SDF » amenés par la police ou les pompiers ou qui utilisent les urgences comme mode d'accès aux soins pour ne pas avoir à débourser le prix de la consultation. Là encore, l'accord ne se fait pas toujours nettement sur l'aspect psychique ou physique des fatigues entraînées par ce type de malades. Alors que pour certaines infirmières le contact avec ce type de population – nombreuse à l'hôpital de Nanterre dans tous les services – est source de souffrance psychologique (saleté, agressivité, impression d'inefficacité quand les mêmes malades reviennent régulièrement pour les mêmes problèmes du fait des difficultés matérielles et psychologiques à suivre les traitements, etc.), pour d'autres, il s'agit surtout d'une charge de travail supplémentaire (source de fatigue physique) mais pas d'une souffrance psychique. Dans les services chirurgicaux, c'est plutôt la responsabilité de malades entre la vie et la mort qui est mise en avant pour expliquer la pénibilité psychique : « On a quand même des vies humaines entre les mains, alors c'est quand même assez

stressant. Il y a une grosse part de responsabilités [...] Q : Et en dehors de la responsabilité, quelles sont les sources de stress ? R : Ben, le stress, c'est surtout quand on est en charge de malades qui ne vont pas bien, qu'on doit surveiller toute la journée, on ne va pas se permettre un défaut de vigilance, de négligences. Et ça donc, ça repose directement sur nous parce que le médecin n'est pas 24 heures sur 24 au lit du malade » (Laënnec, chirurgie générale, 24 ans). Enfin, la souffrance liée au contact avec la maladie et la mort serait, selon les infirmières interrogées, plutôt caractéristique des services à « pathologies lourdes » (cancer, sida, soins palliatifs)[58].

Mais cette « réputation » des différents services ne signifie pas forcement que les infirmières qui travaillent dans les services perçus comme les plus « lourds » (grand nombre de décès) souffrent nécessairement plus que les autres. Ainsi, une comparaison de l'épuisement professionnel à l'Institut Gustave Roussy (IGR) et à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (Rodary *et al.*, 1996) montre que dans le premier hôpital, spécialisé sur le cancer et où les décès sont fréquents, la souffrance exprimée à propos de la mort des patients est moins forte que dans le second. Une plus grande « habitude » de la mort, mais aussi une meilleure collaboration avec les médecins au sujet des décisions à adopter face aux malades mourants font que les infirmières de l'IGR déclarent plus souvent pouvoir supporter les décès alors même que ceux-ci sont plus nombreux. De même, à Max Fourestier, la souffrance exprimée à propos des patients SDF était moins forte qu'à Laënnec où ce type de patients est pourtant plus rare. La présence d'une contrainte particulièrement importante dans un service ou dans un établissement (décès fréquents, présence importante de SDF, etc.) peut favoriser le développement de routines et de représentations collectives qui permettent de mieux supporter cette contrainte spécifique. Par exemple, à Nanterre, la plupart des infirmières ont expliqué qu'il pouvait être intéressant de travailler avec des SDF du fait de la riche expérience humaine que cela représente.

---

[58] Il avait été décidé de ne pas faire d'entretiens dans ce type de service. Néanmoins, le passage par ce type de service de certaines des personnes interrogées et l'expérience multiple des membres du SICS de Nanterre ont apporté quelques éléments sur ce sujet.

La distinction entre fatigue physique et fatigue mentale est présente dans pratiquement tous les entretiens, mais pas toujours avec les mêmes frontières. De plus, les facteurs de risque considérés comme fondamentaux par les professionnels spécialistes de la santé au travail (mal de dos et interruption des tâches pour les médecins du travail et les ergonomes, contact avec la maladie et la mort pour les psychologues...) pour rendre compte de la fatigue apparaissent dans les entretiens comme des thèmes secondaires. Les risques de fatigue qui font l'objet des commentaires les plus longs et les plus nombreux sont ceux qui expriment, de façon directe ou indirecte les difficultés d'une prise en charge satisfaisante du malade, tandis que le principe de distinction entre fatigue physique et fatigue mentale semble reposer sur la difficulté plus ou moins avouée à assumer les rapports avec le malade. Ainsi, si les difficultés liées à la prise en charge des SDF sont refoulées, la fatigue entraînée par le soin à ce type de malade est plutôt qualifiée de « physique », tandis que lorsque des difficultés sont exprimées, la fatigue qui en résulte est présentée comme « psychique ». Ces distinctions et l'importance accordée aux différents facteurs de risque révèlent donc le sens donné à la relation soignant/soigné ; celui-ci est variable suivant les personnes et les services. Le plus souvent, la distinction qui est faite entre bonne et mauvaise fatigue recoupe la distinction entre fatigue physique et psychique, mais cela n'est pas toujours forcément le cas : une fatigue qualifiée de physique peut aussi être jugée comme une mauvaise fatigue, si elle résulte d'un effort physique lié à un travail relationnel perçu comme peu satisfaisant. Les discours sur la mauvaise fatigue sont donc inséparables des discours sur la relation à la personne soignée.

Enfin, la troisième caractéristique intéressante à souligner dans les représentations infirmières de la fatigue est l'interprétation particulière qui est donnée de la notion d'usure professionnelle. Par rapport au modèle ouvrier de l'usure présenté au début de ce chapitre, l'usure infirmière se distingue par deux traits spécifiques : elle est tout d'abord présentée dans des termes essentiellement psychologiques ; ensuite elle survient beaucoup plus rapidement. L'usure psychologique, telle qu'elle est dénoncée chez les infirmières ayant un peu d'ancienneté par des jeunes infirmières consiste en un manque croissant d'intérêt pour le malade et le repli sur une activité routinière, comme l'exprime cette infirmière de 24

ans : « Quand j'ai passé mon diplôme, les infirmières où j'ai fait mon stage, ça faisait 20 ans qu'elles étaient dans le même service, surtout par confort personnel parce que c'était à coté de chez elles, c'était des horaires qui leur convenaient... On sentait que même si elles ne disaient pas "j'en ai marre", on sentait, par leur travail, qu'elles n'en avaient plus rien à foutre, quoi ! » Un peu plus loin dans l'entretien, cette même infirmière qualifie de « vieilles infirmières » des infirmières qui sont depuis plus de trois ans dans le même service. Chez la plupart des infirmières interrogées, sauf une proche de la retraite, domine l'idée qu'on ne peut pas et qu'on ne doit pas rester infirmière, tout du moins dans un même service, toute sa vie professionnelle. Il faut changer de service, se former, voire se reconvertir dans quelque chose de totalement différent. Cela est jugé nécessaire pour préserver sa santé mais aussi pour rester une bonne professionnelle. Le passage par l'école des cadres, l'exercice dans une autre institution (école, dispensaire, médecine du travail...), faire un travail totalement différent, être mère au foyer sont des solutions envisagées dans les entretiens. Dans le même sens, la faible durée de vie professionnelle est souvent mise en avant. La moyenne serait de cinq, sept ou dix ans suivant les entretiens. Des statistiques déjà anciennes sont ici reprises à leur compte par les infirmières et réinterprétées dans le sens de la justification, pour soi et pour l'enquêteur, de l'idée d'usure professionnelle rapide de l'infirmière. Alors que la statistique en question porte sur le nombre moyen d'années passées avec le statut d'infirmière non cadre en institution hospitalière, quelle que soit la cause du changement de statut (arrêt pour raison personnelle, nomination comme cadre, installation à son compte, etc.), les personnes interrogées font comme si l'usure (« le ras-le-bol ») était la seule et unique cause du changement de statut.

III - Sentiment de fatigue et difficultés dans la relation au malade

De la rapide analyse qui vient d'être faite des discours infirmiers sur la fatigue, une préoccupation importante peut être dégagée : la question du rapport aux malades. C'est en effet le travail « sur » des êtres humains qui fonde la spécificité de la fatigue infirmière pour la plupart des personnes interrogées. De plus, le malade se retrouve, dans les entretiens, au cœur de la dialectique du plaisir et de la souffrance au travail. Par exemple,

alors que la « responsabilité de vies humaines » est présentée comme une source importante de stress, donc de fatigue, elle est aussi perçue comme un honneur, comme ce qui permet la réalisation de soi. Voici comment cette infirmière du SICS de l'hôpital Max Fourestier, spécialisée dans les remplacements en service de réanimation, explique cette ambiguïté : « Le côté agréable de la réanimation, c'est dur d'arriver à faire comprendre ça aux gens qui ne sont pas dans le milieu, qu'on prend du plaisir à s'occuper de quelqu'un qui va très mal. Bon, il y a des gens qui disent : "Mais attend, c'est quoi ça, c'est sadique ?" Mais pas du tout. Le plaisir qu'on a, c'est d'arriver à récupérer quelqu'un qui va très mal. Un mec qui fait un arrêt cardio-respiratoire, on va travailler dessus pendant des heures sans s'arrêter, on va le masser, on va passer des produits... et qui récupère, c'est là qu'on va... C'est vrai qu'on a un stress, une montée d'adrénaline qui est, quelque part, un peu... jouissif, c'est un peu fort..., mais il y a un plaisir, à ce moment là qui n'est pas de voir le mec être pas bien, mais, justement, c'est qu'on va essayer de tout faire pour qu'il récupère. » Le fait qu'il s'agisse, dans cet exemple, d'un malade totalement dépendant, plus proche d'un objet de travail inanimé que d'une personne à part entière, illustre de façon extrême le paradoxe de la prise en charge de la personne : plus la personne soignée est une personne autonome, responsable et consciente, plus elle pourra exprimer sa reconnaissance, mais plus elle pourra également faire acte de non-compliance et décevoir les attentes et les aspirations de l'infirmière.

La médicalisation de la fatigue au travail peut alors se comprendre comme un élément plus large d'une stratégie pour faire face à la souffrance provoquée par les contacts avec les malades et la maladie, pour préserver voire valoriser l'identité des soignants. La souffrance qui naît des rapports avec le malade peut traduire par une médicalisation directe (prise de médicaments, consultations, arrêt-maladie...), mais plus fréquemment, les formes de médicalisation seront plus indirectes et auront pour fonction de participer au travail nécessairement collectif de transformation symbolique du rapport au malade.

Les sources potentielles de souffrance dans la relation au malade

Dans l'imaginaire infirmier, l'investissement personnel du soignant a pour récompense la reconnaissance du malade : « J'ai un

métier relationnel que j'aime et qui m'apporte énormément de satisfactions. Je travaille dans un service de chirurgie thoracique et soulager la douleur physique et morale, aider les malades à passer le cap difficile de la maladie... Le sourire et le merci d'un malade dont je me suis occupé est la plus belle récompense dans le métier. »[59] Dans les discours, la satisfaction au travail est souvent associée aux bonnes relations avec les malades (Paugam, 2000). Mais entre cet idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et les infirmières expérimentées reprochent souvent aux élèves-infirmières ou aux débutantes cette vision romantique du métier. Cela ne les empêche pourtant pas de souffrir de certaines relations perçues comme conflictuelles ; cette souffrance pouvant être exprimée sous forme de fatigue ou de stress, comme le montrent les extraits d'entretien suivants : « Q : Votre métier est-il particulièrement fatigant ? R : Il est fatigant... C'est pas tellement le coté technique, mais les aspects relationnels, ça dépend du type de client qu'on a à gérer. Bon, je vois, en réa, les patients, ils sont dans un lit, ils ne parlent pas... Finalement, ils sont moins durs à gérer que certains patients qui sont dans le service, de type psy. Enfin, c'est le type de clientèle qu'on a à Nanterre, il y en a pas mal. Il y a des situations qui sont difficiles à gérer, vous avez l'impression d'arriver à rien » (Max Fourestier, SICS en médecine générale, 32 ans) ; « Ces situations sont vraiment difficiles à vivre. Maintenant, au bout de pratiquement vingt ans de carrière, j'ai peur en allant travailler! Je n'insiste plus comme je le faisais auparavant pour certaines choses comme le non respect de la discipline, pour les choses... Je me dis : "il veut partir ? Il signe sa pancarte et il part, quelque soit ce qu'il a !"J'en préviens, bien sûr l'administrateur de garde, le chef de service... Q : Les patients sont plus agressifs qu'il y a quelques années ? R : Oh oui, beaucoup plus agressifs. Je ne sais pas pourquoi. On ne quitte pas notre maison pour venir taper sur les malades, pas du tout, au contraire, on est là pour leur redonner la santé. Et ces gens là ont du mal à comprendre qu'on leur demande d'être aimable, de ne pas faire du bruit, de ne pas recevoir dix visiteurs dans la chambre, des trucs comme ça. Quand on leur explique, on se fait menacer. J'avoue que c'est fatigant, ça fait réfléchir... » (Max Fourestier, Chirurgie orthopédique, 40 ans).

[59] femme, 38 ans, interrogée par Sylvie Akpé, 1ère année AES, décembre 1994.

Cette déception à l'égard des malades et le repli sur les procédures réglementaires constituent des manifestations typiques de ce que les infirmières qualifient « d'usure professionnelle » et les psychologues de *burn out*. La non-compliance voire l'agressivité du malade sont d'autant plus des sources d'insatisfaction pour l'infirmière que celle-ci conçoit son rôle comme un rôle d'aide et de protection pour une personne en situation de faiblesse. L'agressivité du malade doit être acceptée et il ne reste à l'infirmière qu'à « prendre sur soi ». L'infirmière hospitalière recherche la satisfaction au travail et la compensation des contraintes liées à sa fonction dans le sentiment de participer au bien-être du malade et la reconnaissance sociale de cette participation. Tout comportement de ce dernier venant remettre en cause ce mécanisme risque d'être mal vécu. C'est de cette façon que l'on pourrait interpréter la peur, souvent largement exagérée, du procès intenté par le malade (Annandale, 1996). De plus, si l'infirmière répond à l'agressivité par l'agressivité, elle brise l'image de la bonne professionnelle en menaçant la relation thérapeutique et surtout en se mettant « au même niveau » que le malade alors qu'elle doit au contraire s'en distinguer (Véga, 1995). Le sentiment d'être coincée, impuissante, démunie face à certains comportements des malades a été exprimé dans plusieurs entretiens : « Ce n'est pas toujours évident! Ce sont des situations de crise que l'on vit sur le terrain. Là, en ce moment, je veux dire aujourd'hui, il y a un jeune homme de dix huit ans qui s'est fait hospitaliser hier parce qu'il s'est cassé le coude, il doit se faire opérer aujourd'hui, mais ce jeune homme n'était pas prévu au programme, au programme opératoire... et là, il piquait sa crise et il était en train de s'énerver et tout. Il criait : "j'ai faim, j'en ai marre! Depuis le temps qu'on me fait attendre..." Et nous, on est face à ça, on est... on est très démunies on ne sait pas trop quoi répondre, quoi... » (Max Fourestier, chirurgie orthopédique, 40 ans) ; « Il y a aussi le côté psychologique avec les patients que l'on a, qui sont malades depuis plusieurs mois et puis au bout d'un moment, il y en a marre! Je veux dire, on en a marre de voir toujours la même tête, le malade qui n'évolue pas, le malade qui n'est pas coopératif, le malade qui n'est jamais content, le malade qui ne veut pas prendre ses médicaments, le malade qui est agité... Donc, c'est tout le stress psychologique qui est quand même très fatigant, parce qu'il faut prendre sur nous » (Max Fourestier, SICS, 33 ans) ; « Q : Avec les

personnes qui ont peur de l'opération, comment vous gérez cette agressivité ? R : On essaie de lui expliquer, le plus simplement possible, ce que va lui apporter l'opération. C'est vrai que ça n'est pas toujours facile mais... ne pas devenir agressif comme lui, parce que c'est vrai, on aurait tendance à répondre par l'agressivité. Or c'est un tort parce qu'il va être beaucoup plus agressif et on ne s'en sortira jamais. Donc essayer de garder son calme, ce qui est le plus dur, toujours rester calme [...] Q : Comment vous gérez personnellement cette agressivité, vous dites que c'est dur de rester calme ? R : Oui, parce que vous avez toujours des gens qui vous manquent de respect. En même temps, si vous voulez... Moi j'ai déjà été insultée parce que le patient il avait peur ; si vous voulez, vous êtes là pour apporter des soins, mais vous n'êtes pas là pour vous faire insulter. Mais vous savez que vous êtes toujours en situation d'infériorité, que de toutes façons, dans votre métier, les insultes vous ne pouvez pas les accepter, mais vous ne pouvez pas l'envoyer chier. Pourquoi ? Parce que vous êtes une infirmière et que c'est un malade. Il reste toujours un malade malgré son manque de respect. C'est ça qui est dur à gérer, justement, parce que quand on vous insulte dans la rue, qu'est-ce que vous faites ? Vous répondez. Là on vous insulte, on se contrôle, on accepte, tant pis, on n'a pas le choix. C'est pour ça que je dis que c'est dur, quand on est face à un malade agressif » (Pitié-Salpêtrière, service de cardiologie[60]). Cette nécessité d'autocontrôle (imposée par la hiérarchie soignante et l'idéal infirmier), doublée d'une tension entre le rôle professionnel idéal et le refus de certaines contraintes, est ainsi souvent associée, dans les entretiens, à la mauvaise fatigue.

Un autre aspect des relations avec les malades représente une source potentielle d'insatisfaction : la non reconnaissance du travail et de la compétence spécifique de l'infirmière du fait du statut de profane du soigné. D'autant que le travail relationnel de l'infirmière met en œuvre tout un ensemble de savoir-faire plus ou moins implicites qui ne deviennent vraiment visibles que quand ils ne peuvent plus être effectués « naturellement » (Estryn-Béhar, 1997). Si le malade est capable de reconnaître la gentillesse, celle-ci ne constitue pas une compétence professionnelle : « Les malades attendent de plus en plus de l'infirmière. Ils ont une attitude un peu

[60] Entretien réalisé par Cécile Fortuner, Maîtrise AES, février 1998.

particulière vis-à-vis des infirmières : c'est qu'elles donnent, mais sans jamais qu'ils ne se préoccupent de savoir si l'infirmière a des connaissances. On ne parle pas du savoir infirmier. L'infirmière, elle est encore vécue comme il y a un certain temps... Il n'y a pas de reconnaissance de notre métier, pas suffisamment Q : Il faudrait une plus grande reconnaissance du dévouement et de la compétence ? R : Mais pourquoi du dévouement !? La relation, ça fait partie de la compétence ! Pourquoi dans telle pathologie le malade va avoir telle type de réaction... » (Max Fourestier, surveillante). Les infirmières interrogées reprochent parfois aux malades ou à leur famille de ne pas suffisamment reconnaître leur travail « relationnel » et de ne valoriser que le soin médical et non le soin infirmier, ainsi cette infirmière de pneumologie pédiatrique[61] : « Je crois qu'il y a beaucoup moins de respect pour l'infirmière que par le passé. Notre dimension sociale n'est pas reconnue, que ce soit au sein de l'administration, aux yeux du public ou dans les rapports avec l'entourage de l'enfant malade. Je me sens frustrée quand les parents en partant ne remercient ou ne saluent que le médecin. Dans un service de médecine, l'acte médical est bicéphale : il comporte la prescription qu'ordonne le médecin et l'exécution de celle-ci par l'infirmière. La prescription est hiérarchiquement beaucoup plus valorisée que sa bonne exécution qui représente beaucoup de travail pour l'infirmière : physique, psychologique et affectif. Faire manger un enfant malade ou le persuader d'absorber un médicament relève souvent de l'exploit, compte tenu de l'énergie et de la patience que cela requiert. Malgré cela, la plupart du temps, seule est reconnue l'action du médecin par la famille. » Avec cet exemple des soins aux enfants apparaît toute la difficulté de faire reconnaître comme compétence professionnelle ce qui peut sembler si proche d'un savoir profane (nourrir et réconforter un enfant). Le travail de l'infirmière doit être compris comme étant d'une autre nature que celui que pourrait faire la famille ou une personne dévouée. Une infirmière de 50 ans[62] explique que les malades apprécient les élèves infirmières car celles-ci sont plus dévouées et plus spontanées, mais, pour l'infirmière interrogée, elles sont aussi moins compétentes. Et elle ajoute : « Moi je pense que la qualité

[61] 31 ans, interrogée par Patricia Benavides, Maitrise AES, décembre 1996.

[62] Interrogée par Anabella Taveres, Maitrise AES, janvier 1996.

essentielle c'est la compétence, car une infirmière a beau être gentille, dévouée et tout ça, mais le malade est quand même là parce qu'il est malade et il a besoin de quelqu'un de compétent et qui connaît son métier sous beaucoup de points de vue, c'est-à-dire quelqu'un qui connaît le malade intellectuellement, mais aussi psychologiquement. Il y a des malades qui peuvent avoir un problème psychologique intriqué avec un problème physique, je trouve que c'est un peu ça, un malade. » Et plus loin : « Je crois qu'on rattache aussi le métier d'infirmière à un rôle féminin, parce que c'est vrai, le malade il est état d'infériorité donc on a tendance à l'infantiliser : ou il se laisse faire ou il le recherche [...] et ça n'aide pas, par exemple, le malade à se responsabiliser. » Finalement, il semble que le malade ne soit pas assez compétent, aux yeux de l'infirmière, pour juger de ses véritables besoins, donc pour reconnaître pleinement la compétence de l'infirmière, surtout si le malade est perçu comme ayant un faible niveau culturel. Mais, à l'inverse, un patient de niveau socioculturel élevé peut également engendrer l'insatisfaction : le comble de l'incompréhension est atteint quand le patient semble confondre l'infirmière avec une domestique : « Il y en a qui nous prennent pour leur bonne, quand c'est des milieux trop aisés. Ils ont l'habitude d'avoir une bonne à tout faire, donc... » (Laënnec, chirurgie viscérale, 23 ans). La distance sociale risque d'annuler la dépendance du malade vis-à-vis du soignant et ainsi empêcher la reconnaissance de sa compétence propre au profit de celle du médecin, plus proche socialement.

Ce problème de la reconnaissance d'une compétence professionnelle difficilement rationalisable – et encore trop peu institutionnalisée – par les profanes peut être rapproché du cas des musiciens de jazz étudiés par Howard Becker (1986). Ces derniers veulent que leur musique soit appréciée mais pensent que seuls les autres musiciens en sont véritablement capables. Les « profanes », que les musiciens appellent les « caves » souhaitent des airs pour danser, stigmatisés comme trop commerciaux par les musiciens eux-mêmes. Finalement, tout ce qui est apprécié du public risque d'être considéré comme trop commercial, trop servile. Ce désir des « professionnels » du jazz de se distinguer de leur public va jusqu'à la mise en place de séparations symboliques telles qu'une rangée de chaises entre les spectateurs et les artistes. L'anthropologue Anne Véga (1995) a mis en évidence des phénomènes analogues dans un service de neurologie d'un hôpital parisien : encombrement

du poste de soin pour éviter une trop forte intrusion des malades, indifférence et absence de réponse si les malades y entrent quand même, port ostentatoire de gants et de surblouses même quand cela n'est pas médicalement justifié, etc. Du fait de leur état de profane, la reconnaissance de la compétence professionnelle de l'infirmière par les malades ne peut donc jamais être aussi satisfaisante que celle apportée par les pairs.

Une dernière source de tension ou d'incompréhension entre l'infirmière et le malade peut être résumée à l'aide de la notion de « drame social du travail » forgée par Everett Hugues (1996). « Dans beaucoup de métiers, les praticiens et les travailleurs (pour utiliser à la fois un terme qui suggère un haut statut et un terme qui revoie à un statut inférieur) perçoivent comme une routine quotidienne ce qui constitue une situation de crise pour ceux qui font appel à leurs services. Il s'agit d'une source de tension constante. Car celui qui affronte une situation de crise pense que l'autre essaie de minimiser ses ennuis et ne le prend pas assez au sérieux. Mais la compétence même de celui-ci vient de ce qu'il a eu à traiter des milliers de cas semblables à celui que le client aimerait considérer comme unique. Le travailleur pense que sa longue expérience lui a appris que les clients exagèrent leurs problèmes et c'est pourquoi il recourt à des artifices pour se protéger et gagner du temps [...]. Il peut certainement exister, dans l'esprit de ceux qui reçoivent des services d'urgence, une sorte de ressentiment du fait qu'une chose aussi fondamentale pour eux puisse susciter une attitude plus calme et plus objective, bien qu'ils sachent parfaitement que celle-ci est nécessaire à la mise en œuvre de toute compétence, et quand bien même ils ne pourraient supporter de voir l'expert à qui ils se confient montrer des signes de nervosité. » Ce décalage conflictuel entre les attentes du profane et celles du professionnel risque d'être particulièrement fort, dans la relation soignant/soigné, du fait de l'angoisse que suscite chez ce dernier la présence de la maladie : « On a toujours les patients pendant un certain temps... On est toujours en besoin et en devoir de leur donner des nouvelles de leur santé parce que, à la limite, c'est ce qu'ils nous réclament à chaque fois, quoi : "Quand est-ce que je vais aller mieux ," ; "Qu'est-ce ce qu'il se passe ?" ; "J'ai toujours un petit peu de température"... Enfin, on est toujours soumis à des petites questions, comme ça, qui sont énormes pour le patient » (Laënnec, infirmier psychiatrique, 47 ans).

Pour comprendre les difficultés qui peuvent naître de la relation entre l'infirmière et le malade, il faut se représenter l'infirmière prise dans une tension entre deux situations extrêmes : dans un premier cas l'infirmière opte plutôt pour le dévouement au malade, acceptant ses sautes d'humeur et prenant sur elle ; sa gentillesse peut être reconnue, mais pas forcément car le malade n'a pas la même vision de la situation que l'infirmière. De plus sa compétence spécifiquement professionnelle sera difficilement reconnue, ce qui risque de rendre plus problématique l'estime de soi et la reconnaissance dans le travail. Dans le cas inverse, pour éviter cette souffrance, le soignant peut refuser « d'excuser » le malade[63] de sa non-compliance et se replier sur les aspects techniques et administratifs de son travail, sur le groupe des pairs. Mais alors, elle perd ce qui est censé fonder, dans les représentations professionnelles, le sens de l'activité infirmière, la source de la satisfaction au travail. Quelle est la place du recours médical ou psychologique dans les stratégies individuelles et collectives mises en œuvre pour tenter de gérer cette contradiction ?

La médicalisation et la psychologisation de la fatigue comme moyen de préservation de soi

Malgré un certain rejet, au moins verbal, parmi les infirmières des stratégies médicales classiques (surtout la prise de médicaments), la souffrance qui naît du décalage entre des contraintes importantes (conditions de travail, horaires, et surtout prise en charge de problèmes de plus en plus perçus comme pénibles du fait du processus de civilisation : mort, maladie, saleté, folie...) et la reconnaissance problématique par les malades, semble

[63] Il existe en fait une « hiérarchie morale » des malades qui est construite collectivement dans chaque service. Certains sont considérés comme plus méritants et moins responsables de leur état tandis que d'autres seront plus difficilement excusés. Les principes générateurs de cette hiérarchie doivent être cherchés dans les inégalités sociales qui ont cours dans l'ensemble de la société (jeunes/vieux, français/étrangers, malades organiques/malades psychiatriques, etc.) ainsi que dans le rapport entre les exigences du malades et le degré présumé de responsabilité dans ses problèmes de santé. Ainsi, ce malade étranger, en réanimation à Nanterre, amené par la police, suite à une arrestation pour trafic de drogue (pour une surveillance, car cette personne était soupçonnée d'avoir avalé des boulettes de cocaïne), était traité avec une grande froideur par l'équipe, estimant qu'il n'avait pas à avoir d'exigences particulières parce que « normalement, il devrait être en prison ».

être de plus en plus médicalisée ou plutôt « psychologisée ». Cette médicalisation est soit directe, soit indirecte, c'est-à-dire utilisée comme moyen parmi d'autres dans l'œuvre collective de transformation des contraintes en sources potentielles de satisfaction au travail.

La médicalisation directe, est d'abord constituée par la prise de médicaments : anxiolytiques, vitamines ou stimulants. Pourtant, dans les entretiens réalisés, l'idée de prendre un médicament pour faire face à sa fatigue est le plus souvent nettement rejetée. Cette « idéologie » antimédicament correspond, selon Anne Véga (1995) à un désir pour les infirmières de se démarquer des malades afin d'éviter une trop grande identification qui pourrait être psychologiquement déstabilisante. Cette prise de position de principe contre la consommation de médicament s'apparente également à une stratégie collective de positionnement professionnel. La thérapeutique chimique représente par excellence le mode d'action du médecin dont cherche justement à se distinguer l'infirmière pour fonder sa propre juridiction dans le domaine du soin et de la guérison. L'attrait de nombreuses infirmières pour les médecines douces ou naturelles est révélateur de ce type d'attitudes. D'ailleurs, il n'est pas étonnant que la consommation médicamenteuse la plus volontiers avouée dans les entretiens soit la prise de vitamines. Les vitamines peuvent être considérées comme un pseudo-médicament dans la mesure où la prescription du médecin n'est pas nécessaire pour décider d'en prendre[64] et parce que les vitamines sont aussi présentes à l'état naturel dans l'alimentation : « Les médicaments, je n'y crois pas trop... Q : Est-ce que vous allez voir le médecin pour des problèmes de fatigue ? R : Non. Il peut me donner des vitamines, mais je peux me passer de lui pour en acheter » (Max Fourestier, infirmier SICS, 32 ans) ; « Les vitamines, moi, je les prends sous forme de fruits... Je ne les prends pas sous forme de médicament, mais par l'alimentation » (Max Fourestier, SICS, 36 ans). Ainsi, la contradiction entre le relatif rejet d'une médecine chimique et la prise réelle de médicaments est désamorcée par le caractère « *naturel* » et peu médical des vitamines. De même, la description

[64] A cet égard, il faut évoquer les remarques faites par les médecins généralistes sur le déremboursement des anti-asthéniants qui serait responsable d'une déconsidération relative de leur rôle thérapeutique en matière de traitement de la fatigue (Loriol, 1995 et 1998).

de la prise de vitamines est parfois accompagnée d'un certain scepticisme, voire d'une dose d'autodérision : « Q : Est-ce qu'il vous arrive de prendre des médicaments contre la fatigue ? R : Non [...], à part la vitamine C... Mais c'est vraiment ponctuel, quand ça me prend ! Ce matin, je l'ai pas prise... Je ne suis pas sûre que ça fasse vraiment de l'effet, si ça a un effet placebo ou un effet vraiment... Peut-être à long terme... Je ne peux pas vous affirmer que la vitamine C que je prends le matin me donne plus la pèche que quand je n'en prends pas » (Max Fourestier, SICS, 33 ans). L'exemple de la vitamine montre l'existence d'une prise de médicament réelle mais en partie déniée. Ce phénomène est encore plus évident dans le cas des anxiolytiques.

Une seule des 29 infirmières (IDE) interrogées, en effet, a déclaré avoir pris, lors d'un épisode dépressif dont l'origine est située à la fois dans la vie professionnelle et dans la vie privée, des anxiolytiques. Pourtant, des discussions informelles avec des médecins, des élèves infirmières et des aides-soignantes ayant une certaine expérience de l'hôpital semblent suggérer que la prise assez régulière de tels médicaments, pour « *tenir le coup* » ne serait pas si rare[65]. Anne Véga (1995, p. 442) note ainsi que « d'après nos enquêtes, ces phénomènes de rejet de toute prise en charge médicale se retrouvent chez la plupart des infirmières hospitalières, à tel point qu'il s'agirait peut-être là d'un profil particulier du groupe, lié à des déformations professionnelles. Dans le même ordre d'idées, il semblerait exister une consommation importante de tranquillisant et de somnifères chez les infirmières (voire un nombre important d'empoisonnements médicamenteux), et une propension à suivre des itinéraires thérapeutiques particuliers, hors du circuit médical classique. Mais nous manquons de statistiques à ce sujet. » C'est parce que ces médicaments sont pris de façon informelle que leur consommation peut en être déniée. Ils sont en effet pris par automédication, soit en récupérant sur les médicaments non consommés par les malades (mais cela devient plus difficile avec la mise en place de procédures visant à éviter les gaspillages de produits pharmaceutiques) soit prescrits par des médecins hospitaliers avec

[65] D'ailleurs, dans deux entretiens, des cas de prise de ces substances par des collègues sont évoqués.

qui l'infirmière entretient des bons rapports personnels[66]. Cela donne à ce type de prescription un aspect de « prescription de complaisance » qui peut être rapprochée de l'automédication. L'automédication permet d'éviter la dépendance au médecin et donc le rappel d'un statut professionnel inférieur[67]. Elle permet aussi de relativiser, voire de banaliser la prise de médicaments.

Enfin, l'usage du tabac et du café doit également être signalé comme « prothèse chimique » mise en œuvre par certaines infirmières pour surmonter le stress ou la fatigue, tout comme cela pouvait être le cas avec l'alcool pour les ouvriers de certains ateliers industriels. La cigarette peut être utilisée comme un moyen parmi d'autres de rechercher un peu de décontraction quand la relation avec le malade est jugé peu satisfaisante : « En fait, ça se gère, le stress, il suffit de se dire : Je n'ai aucune relation utile avec cette personne, il n'y a pas de raison que ça me prenne la tête, je ne rentre pas dans son jeu !" alors je vais aller dans la salle de soin, je vais aller demander à une collègue de me remplacer pendant un moment, je vais me prendre un verre d'eau et puis fumer une cigarette, je vais souffler » (Max Fourestier, SICS, 33 ans). Le sociologue Jean Penneff (1992, p. 81) a remarqué le même type de comportement lors de son observation dans un service d'urgence : « Une dernière technique de remobilisation des forces, largement pratiquée à l'hôpital, est la consommation des excitants, café et tabac ». L'intérêt de la consommation de ces produits est d'abord de calmer ou de redonner un coup de fouet sans avoir recours à des produits perçus comme des substances pharmaceutiques ; mais surtout, ils offrent la possibilité d'une consommation en petits groupes, ce qui permet aux infirmières de consolider, à travers de menus échanges, les normes collectives nécessaires pour affronter la situation. L'usage de l'humour pour neutraliser les atteintes au

---

66 De plus, la consultation informelle auprès d'un médecin de l'hôpital semble avoir souvent pour effet une plus grosse prescription de médicaments et une moindre prescription d'arrêt maladie, par rapport à la médecine de ville. Comme l'explique cette surveillante de Nanterre : « L'infirmière rentre dans un bureau et dit : "Oh, ben je suis crevée aujourd'hui", et personne ne s'en occupe. Je ne crois pas que les médecins l'entendent, les médecins ne s'arrêtent pas là dessus ! Et j'en veux pour preuve que si on veut avoir un arrêt de travail, il ne faut surtout pas aller voir le médecin avec qui on bosse. Il va vous donner des antibiotiques, un traitement, il ne va pas penser à vous donner un arrêt de travail ».

67 Plusieurs des infirmières interrogées déclarent peu consulter le médecin pour elle-même, mais plus pour leurs enfants.

psychisme liées à la gestion d'un patient difficile ou très mal en point est une des formes de ce travail collectif (Gonnet, 1989).

Une autre forme de médicalisation de la fatigue et du stress signalée dans près des deux tiers des entretiens est la consultation chez le médecin généraliste. Deux choses sont principalement attendues de ces visites : les arrêts-maladie et une écoute et la reconnaissance de la difficulté du travail infirmier. La prescription de médicaments pour le stress et la fatigue n'est pas tellement appréciée. Ce qui semble très apprécié, au contraire, c'est lorsque que le médecin propose de sa propre initiative un arrêt-maladie, prenant sur lui, en quelque sorte, la responsabilité de l'abandon des malades et de l'équipe. Il reconnaît alors, de manière implicite, la pénibilité du travail infirmier. Les arrêts demandés par une infirmière semblent presque toujours accordés, d'après l'expérience des personnes interrogées, mais ils sont aussi source de scrupules, voire jugés impossibles quand l'équipe est déjà trop réduite du fait d'autres absences. Mais le simple fait de savoir que le médecin de ville accorde volontiers des arrêts aux infirmières en raison de leur profession – c'est du moins ce qui est dit dans les entretiens – constitue une source de satisfaction en soi. Ce que les infirmières interrogées semblent attendre le plus de leur médecin traitant, c'est une sorte de sollicitude, une reconnaissance de leur investissement physique et psychique. Plusieurs fois a été cité le cas où le médecin traitant avait lui-même pour épouse une infirmière et, de ce fait, était à même de parfaitement comprendre les spécificités de ce métier. Ces médecins n'ont-ils, d'ailleurs, pas fait par là la preuve de leur admiration pour les qualités humaines des infirmières en choisissant l'une d'entre elles comme élue de leur cœur ?

Les arrêts maladies sont également utilisés pour gérer la fatigue et le stress, mais souvent de façon un peu honteuse, d'autant que le calcul, par les directions, d'effectifs de plus en plus justes dans les services rend cette pratique conflictuelle pour l'équipe. Le certificat médical ne suffit pas pour légitimer l'arrêt qui doit aussi être plus ou moins implicitement négocié avec les collègues. L'arrêt reste quand même une soupape de sécurité utilisée par certains quand ils pensent être sur le point de craquer : « On a tendance à pas trop s'arrêter quand on est malade. Quoique moi, je m'arrête. C'est vrai qu'il y a des moments, je suis crevée, je pourrais venir travailler mais je préfère m'arrêter plutôt que de traîner après pendant trois semaines. Donc, à la limite, moi je

préfère m'arrêter 4-5 jours et puis bien récupérer. Parce que c'est surtout à l'extérieur qu'on va récupérer, pas avec les médicaments. » Mais dans les entretiens, ce sont surtout les autres qui s'arrêtent : les jeunes infirmières quand il s'agit d'infirmières plus âgées et réciproquement, les aides-soignantes, etc., mais rarement la personne interrogée. Pourtant ces arrêts sont une réalité. Une étude menée en 1989 au CHR d'Angers (citée dans Estryn-Behar, 1997) a montré que sur les 22 384 jours d'arrêt pour maladie ordinaire, 2360 avaient pour cause des syndromes dépressifs et 1299 l'asthénie et les troubles fonctionnels. 16,5 % des arrêts ordinaires pouvaient être considérés comme liés au stress, à la fatigue ou à la souffrance psychique. En ce qui concerne les arrêts pour longue maladie (plus de six mois), la tendance est encore plus nette : 60% avaient pour cause des troubles psychiques, essentiellement des dépressions. L'arrêt-maladie pour cause de dépression est donc un moyen important pour gérer à long terme les souffrances nées des contraintes et des contradictions propres à la fonction soignante. Plusieurs études (citées dans Chevalier et Goldberg, 1992) ont montré l'existence d'une corrélation positive entre l'augmentation des contraintes organisationnelles ou de la charge de travail, d'une part, et l'absence pour maladie des infirmières, d'autre part. Ce type de stratégie serait par ailleurs plutôt efficace en matière de prévention de l'épuisement. D'après une étude comparative entre infirmiers de services généraux et infirmiers psychiatriques (Gaubert, 1991) un moindre taux de troubles anxio-dépressifs chez les infirmiers psychiatriques serait lié à un plus grand nombre d'arrêts pour maladie ordinaire, ce qui est interprété comme le signe d'une plus grande utilisation préventive des arrêts dans les services de psychiatrie ; cette pratique serait donc efficace en matière de santé mentale.

L'utilisation des arrêts maladie, tout comme la consommation de médicaments et/ou la recherche d'une « écoute » par le médecin traitant sont donc des moyens réellement utilisés par les infirmières pour faire face à la fatigue et au stress. Mais il s'agit de moyens « honteux » que l'on n'ose pas souvent avouer dans les entretiens. Leur utilisation semble être source de culpabilité car elle ne correspond pas à l'image que l'infirmière voudrait se donner et présenter aux autres. Ce sentiment latent de culpabilité entraîne probablement une moindre utilisation de ce type de recours

médical ; ce qui rend nécessaire d'autres formes d'appel à des professionnels de santé différents. Ainsi, dans les entretiens, le rejet ambigu des recours médicaux de type traditionnel s'accompagne d'une acceptation beaucoup plus franche d'autres types d'action thérapeutique : médecines douces et naturelles, psychothérapies, groupes de paroles, etc. L'acupuncture, l'homéopathie, la sophrologie, la relaxation, les massages par un kinésithérapeute, le bio-feedback, la musicothérapie ont été cités dans les entretiens comme des alternatives efficaces à une consommation de médicament collectivement condamnée. Telle infirmière qui déclare ne pas aimer avaler des médicaments, signale pourtant une consommation régulière de « *gouttes homéopathiques contre l'angoisse* ». Telle autre qui dit aller le moins souvent possible chez le médecin évoque l'efficacité de séances de massages... Une bonne hygiène de vie (repos, sport, alimentation saine, etc.), en l'absence de tout recours à un professionnel de santé, constitue un moyen d'action, ou plutôt de prévention, encore plus souvent cité.

Les professionnels de santé dont les infirmières interrogées attendent le plus sont finalement les psychologues et les psychanalystes. D'ailleurs, le stress et le *burn out* des professions d'aides ont plutôt été étudiés par des psychologues que par des médecins. La proximité mutuelle ressentie par les infirmières et les psychologues a probablement pour origine une double homologie : homologie de position dans le champ des professions de santé et homologie de conception et de représentation de la santé. Cette situation est encore renforcée par le fait qu'il s'agit de deux professions fortement féminisées[68]. Plus profondément, l'appel au psychologue est directement associé à un certain désir de reconnaissance et d'écoute. « On a une psychologue en médecine. C'est plus pour les malades, mais les infirmières peuvent aller la voir. Mais c'est vrai qu'elle n'est pas toujours là pour ça, et puis on n'a pas toujours le temps. C'est vrai qu'il faudrait pouvoir voir quelqu'un quand on en a besoin. Moi je me rappelle, une fois en médecine, j'ai pleuré avec une collègue. Il y avait un petit garçon qui allait partir. On faisait tout pour lui. C'était un trente décembre, on lui disait : "demain il y a ton papa qui va venir te voir et passer

[68] D'ailleurs, dans les entretiens, les personnes interrogées parlent toujours de « *la psychologue* » ou « *d'une psychologue* ». Comme pour les infirmières, l'usage veut que, pour une fois, le masculin ne l'emporte pas.

la soirée du nouvel an avec toi, demain..." Il nous a laissé tomber le soir, à huit heures... Oui , laissée tomber, c'est l'impression qu'on a eu. On s'est retrouvée dans la salle de repos, avec ma collègue, et on s'est mises à pleurer. Il y a des moments, comme ça, où l'on craque... et on a besoin de quelqu'un pour nous écouter, nous parler... » (Laënnec, infirmière de médecine, détachée en psychiatrie, 35 ans).

Les représentations que les infirmières ont de leur propre souffrance psychique repose fondamentalement sur l'idée qu'il s'agit d'un métier où l'on donne beaucoup de soi sans recevoir suffisamment en retour (« il nous a laissé tomber »). Pour les raisons qui ont été présentées précédemment, la reconnaissance par le malade n'est jamais totalement satisfaisante. La reconnaissance et le soutien doivent donc être cherchés ailleurs, chez des personnes à même de reconnaître la véritable valeur de la compétence et du dévouement. A l'hôpital, cette reconnaissance peut difficilement venir des médecins qui possèdent un système de représentation de la santé et du travail médical trop différent de celui de l'infirmière et ne savent pas, selon les entretiens, apprécier le travail propre des soignants. Les aides-soignantes, quant à elles, appartiennent à une catégorie sociale inférieure, sont plus proches des profanes ; il est difficile de leur reconnaître la compétence nécessaire pour juger des problèmes de l'infirmière[69]. Il en va de même pour les autres catégories non médicales. Ce sont les autres infirmières et la psychologue qui semblent ainsi être les plus à même de reconnaître les mérites propres du travail infirmier. L'équipe infirmière joue un rôle primordial dans le travail collectif de transformation de la souffrance en plaisir, dans l'écoute et le soutien mutuel. Mais les autres infirmières n'ont pas pour fonction principale de soutenir leurs collègues et l'aide du groupe doit toujours être négociée : la solidarité collective doit être construite en même temps que les normes du groupe (dans un service ou une salle). L'aide indispensable apportée par l'équipe ne peut donc pas prendre la forme d'une simple consultation à la demande de celle qui pense avoir un problème. C'est là que réside tout l'intérêt d'une

[69] De façon significative, lors des manifestations de 1988, un certain nombre d'infirmières ont refusé de lier leur action à celle des aides-soignantes, estimant que leurs problèmes étaient d'une nature différente, qui échappait, en quelque sorte aux aides-soignantes et aux ASH.

psychologue mise spécifiquement à disposition du personnel et réclamée dans plusieurs entretiens.

L'imaginaire infirmier prend ici la forme d'une « métaphore active »[70] du don-contre don : l'infirmière donne de soi, de son énergie, dans la relation au malade. Celui-ci « pompe » littéralement son énergie et il faut que la soignante « se ressource ». Le terme *burn out*, inventé par des soignants nord-américains avant d'être formalisé par des psychologues, signifie justement le fait d'avoir brûlé toute son énergie. La psychologue et le travail psychothérapeutique ont alors pour objectif de « recharger » en énergie l'infirmière qui, comme une pile électrique, s'use d'autant plus vite qu'on s'en sert intensément (soutien de malades mourants, de grands brûlés). Cette métaphore est merveilleusement illustrée par un film de Pascal Ferran, *Petits arrangements avec les morts* (1994). Un des personnages de ce film (qui explore les différentes façons, toutes personnelles, dont les individus d'un petit groupe familial[71], gèrent et négocient la perte d'êtres plus ou moins proches) est une infirmière. De plus en plus affectée par la mort des patients dont elle se sent proche (par exemple une vieille dame qui lui a offert les fleurs qu'un visiteur lui avait apportées), elle sent son énergie la quitter. Lorsqu'elle est assise dans la pénombre au chevet de la vieille femme mourante, le spectateur voit une sorte de fluide fluorescent passer de l'infirmière au malade. L'infirmière donne d'elle-même sans recevoir en retour puisque la vieille dame est en train de mourir. Elle ne peut trouver de réconfort auprès de l'équipe dont les rires, perçus comme insupportables, et la dérision à l'égard des malades, au lieu de l'aider à prendre du recul par rapport à son investissement affectif, l'isolent encore plus dans sa souffrance. Les autres infirmières se

---

[70] Ce terme de « métaphore active » est utilisé dans le sens où étant profondément intériorisée elle produit l'interprétation et la signification qui seront données aux sensations physiques de fatigue.

[71] Le film semble suggérer que les membres de sa famille ne peuvent rien pour aider l'infirmière. Peut-être qu'en tant que profanes ils ne peuvent pas comprendre la vraie nature de la souffrance du soignant face à la mort. Dans deux entretiens a été signalée la difficulté, voire l'impossibilité pour le mari, non infirmier, de comprendre la souffrance, mais aussi le plaisir que l'on ressent dans le combat contre la maladie et la mort, malgré tout l'aide et le soutien qu'il pouvait apporter par ailleurs. Le sociologue François de Singly (1996) a évoqué l'aspect « énergisant » de la reconnaissance du moi professionnel par le conjoint, mais sans aborder les problèmes liés au fait que le conjoint puisse être perçu comme un non professionnel, un profane.

moquent du geste de cette mamy qui a offert des fleurs ; elles les ont laissé se dessécher, pendant l'absence de l'infirmière qui les a reçues (n'auraient-elles pas aussi laissé mourir la mamy en ne lui donnant pas assez d'amour ?). Dans une autre scène, on retrouve notre personnage, en arrêt maladie, participant à une psychothérapie collective. Les participants sont réunis en cercle et de l'animateur de la séance part le même fluide fluorescent que celui que captaient les malades. Ce fluide vient irradier chacun le long du cercle. Un peu plus tard encore, l'infirmière a appris à se « ressourcer » seule, on la voit adopter une position de relaxation et de concentration sur soi au pied d'un grand arbre. Petit à petit, le fluide fluorescent descend de l'arbre pour venir se déverser dans notre personnage. Une vie en harmonie avec la nature – une harmonie définie et construite par l'animateur de la séance de psychothérapie – permet alors d'éviter de retomber dans l'état initial d'épuisement émotionnel. La prévention permet d'éviter le traitement. Ce film, ou du moins l'interprétation qui en est donnée ici, retrace de façon imagée une métaphore sous-jacente à un certain nombre d'entretiens et d'écrits sur l'épuisement émotionnel et le *burn out*. La demande d'écoute et de soutien par une psychologue y prend tout son sens à la fois métaphorique et réel (ce qui est résumé par l'expression « métaphore active »). Mais le recours au psychologue a également pour fonction, dans certains services, d'aider les infirmières dans leur travail collectif de transformation de la souffrance en plaisir.

En effet, le recours médical, qu'il soit traditionnel ou alternatif, n'est pas le seul moyen mis en œuvre pour faire face à la souffrance du travail infirmier. Comme d'autres groupes de métiers, les infirmiers vont tenter de mobiliser des représentations collectives permettant de trouver des sources de plaisir dans ce qui pourrait être responsable de souffrances. S'agissant des souffrances qui trouvent leur origine dans la relation au malade ce travail prendra essentiellement la forme d'une reconstruction symbolique du patient. Le patient « brut de travail symbolique » risque, en effet, de ne pas pouvoir apporter tout le plaisir attendu pour compenser les contraintes objectives et subjectives. Ce travail de reconstruction symbolique du patient peut prendre deux grandes formes : une construction de ce que le malade apporte au soignant d'une part et une reconstruction des besoins du patient pour les

rendre plus conformes aux attentes professionnelles des soignantes, d'autre part.

Le travail qui vise à donner un sens positif aux aspects apparemment contraignants du travail peut être rapproché de la notion de stratégie collective de défense (Dejours, 1993). Plus que le métier lui-même, c'est la situation particulière dans laquelle se trouve l'infirmière qui détermine le contenu spécifique de l'idéologie défensive. Deux aspects de la profession d'infirmière sont particulièrement difficiles à supporter dans nos sociétés où la mort (Aries, 1975 ; Elias, 1987), la douleur (Rey, 1995 ; Le Breton, 1995) et la saleté (Vigarello, 1985) sont de plus en plus refoulées, de moins en moins tolérées : le contact avec la souffrance et la mort et les contacts fréquents avec les différentes formes de saleté humaine. Les souffrances psychologiques engendrées par le voisinage de la souffrance et de la mort ont fait l'objet de la plupart des études sur le stress et le *burn out* des infirmières alors que le contact avec la saleté physique est plus souvent euphémisé (Peneff, 1992). Pour supporter d'avoir à gérer ce « sale boulot » dont la société mais aussi les médecins veulent se débarrasser (Hugues, 1996), les infirmières peuvent chercher à lui attribuer un sens valorisant. Ainsi, les services confrontés à une mortalité très élevée (cancérologie et *a fortiori* les services de soins palliatifs) comme les services amenés à prendre en charge un nombre relativement important de personnes sans-abri (urgences, Hôpital de Nanterre) auront-ils plus souvent tendance que d'autres à développer des mécanismes psychologiques de défense contre ces contraintes. Dans les services de soins palliatifs, en effet, il est parfois possible d'observer, au moins dans les discours, un processus d'inversion des valeurs : la mort se voit en effet chargée d'une certaine dimension positive, le mourant est investi d'un savoir, d'une expérience, dont ne disposerait pas le commun des mortels (Castra, 1996). Le contact avec la mort et les mourants peut alors être présenté comme enrichissant, voire intéressant pour le personnel soignant.

Le même mécanisme est aussi à l'œuvre dans les services recevant un grand nombre de SDF comme les urgences et surtout les différents services de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre : « Q : Est-ce que la population particulière soignée ici à Nanterre est source de fatigue ou de stress ? R : Au départ, oui. Quand on est jeune diplômée, qu'on n'a jamais côtoyé les hôpitaux, qu'on n'a

jamais côtoyé cette population, c'est vrai que c'est dur ! Moi, au départ, ça a été dur. Je me suis demandée où j'étais tombée quoi, en gros. Et après, on prend l'habitude du contact avec ces personnes. Elles ne sont pas du tout déplaisantes, bien au contraire... C'est même très plaisant de travailler avec eux, je pense. C'est vrai qu'en dialoguant avec eux, on apprend énormément de choses. Donc, une fois qu'ils sont biens rétablis, parce qu'ils viennent souvent pour la même pathologie, on peut dialoguer avec eux et c'est vrai qu'ils sont très intéressants. On apprend pourquoi ils sont dans cet état là... C'est enrichissant, quand même. Ils sont agréables à parler, sauf certains, bien sûr ! La plupart, on peut parler avec eux et c'est intéressant. Et ils ne demandent que ça, en fin de compte. Et le peu qu'on leur apporte, ça leur apporte beaucoup de choses pour eux alors que nous, on a l'habitude de faire tout ça tous les jours, que ça soit à eux ou à d'autres gens. Mais pour eux, c'est beaucoup » (Max Fourestier, infirmière SICS, 25 ans). « Moi, je sais que j'aime beaucoup mes petits sans domiciles » (Max Fourestier, chirurgie orthopédique, 27 ans).

Mais pour être efficace, une telle représentation de la confrontation avec la misère ou la mort comme expérience potentiellement intéressante ou enrichissante doit à la fois s'inscrire dans une « théorie » globale pouvant expliquer la nature de cet intérêt et être reprise et constamment réaffirmée par le petit groupe des collègues. Il est très difficile d'être seul à croire à une définition de la réalité que ne partage pas son entourage et celui ou celle qui y parvient tout de même risque de passer pour « fou » aux yeux des autres. Une infirmière qui serait seule dans un service à déclarer aimer travailler auprès de malades connaissant de grandes souffrances serait considérée comme sadique. Par ailleurs, les expériences du psychosociologue Kurt Lewin (1947) ont montré que les croyances apprises ou élaborées en groupe sont beaucoup plus fortes, plus difficiles à changer, que les croyances construites ou apprises individuellement. Comme l'expliquent autrement Berger et Luckmann (1986, p. 204), « la réalité de la vie quotidienne est perpétuellement réaffirmée dans l'interaction de l'individu avec autrui ». La construction de ce type de stratégie collective n'a donc rien d'évident. Elle nécessite une certaine stabilité et une certaine vie sociale dans l'équipe (d'où l'importance souvent soulignée des pauses café et cigarette). Les nouvelles arrivantes doivent être « initiées » si elles ne veulent pas prendre le

risque d'être rejetées ou de faire éclater le groupe. D'après les entretiens, la représentation de la misère comme expérience intéressante est plus évidente et moins discutée à l'hôpital Max Fourestier, qui a depuis longtemps une tradition d'accueil des personnes en grande pauvreté, qu'aux urgences de Laënnec, où l'arrivée en nombre important de ces populations est un phénomène plus récent. De plus, le *turn over* du personnel aux urgences ne facilite pas la construction de représentations collectives tandis que les faibles durées de séjour des malades (même si certains peuvent revenir régulièrement) n'encouragent pas des relations poussées. Dans le même esprit, l'étude de Chantal Rodary (1996) a montré que la mort semblait mieux supportée dans les services où les décès sont fréquents et ainsi plus routinisés par l'équipe.

Par comparaison avec l'infirmière actuelle, l'infirmière « religieuse », ou du moins son idéal type, était sans doute mieux armée pour transformer symboliquement l'expérience de la mort, de la souffrance ou de la misère en une expérience valorisante. La religion chrétienne, à travers l'image du christ souffrant sur la croix pour sauver l'humanité, offre en effet un schéma préconstruit de transformation de la souffrance en valeur positive. Cette influence religieuse aurait été sensible, selon Yvonne Knibiehler et son équipe (1984, p. 314-316) jusqu'à la deuxième guerre mondiale : « C'est devant la souffrance et la mort que l'infirmière se sent le plus démunie et impuissante. N'est-elle pas là pour calmer, pour guérir ? Et pourtant, à travers nos témoignages, une évolution apparaît. Avant la guerre, l'influence des sœurs est encore prédominante. La souffrance est rachat, la mort, un passage vers un monde meilleur. Elle est d'ailleurs plus fréquente et plus habituelle. Et la présence continue des soignants la fait passer : "J'aimais beaucoup soigner les grands malades. J'avais aussi des moments où je pouvais leur parler, et s'il n'y avait plus d'espoir de guérison et que la mort était inévitable, je les aidais à se préparer au grand départ, et quand leur fin approchait, je restais avec eux dans la mesure du possible" (née en 1908). Le deuil et le chagrin existent, mais non l'angoisse, semble-t-il : on sait accepter l'inévitable [...]. "Nous faisions équipe avec des infirmières laïques. Elles nous appelaient de temps en temps lorsqu'un enfant mourait. Elles ne le supportaient pas. Face à la mort, j'ai eu une démarche de chrétienne et non de religieuse. Il est important d'accompagner des gens dans la souffrance jusqu'à dans la mort" (née en 1935) ».

Aujourd'hui, si les références religieuses explicites existent encore pour quelques infirmières (deux sur l'ensemble des 81 entretiens utilisés) elles ne peuvent plus constituer le fondement d'un travail de reconstruction collective de la réalité. Une autre théorie globale des rapports entre l'homme et son environnement est nécessaire. Quelle est cette connaissance alternative à la croyance religieuse ? Il semble que se dessine une « vulgate » psychologique qui fait de l'expérience de situations inhabituelles et des rencontres de personnes différentes une source d'enrichissement personnel. A la question : « que pensez-vous de l'expression, le travail c'est la santé ? », il a été obtenu la plupart du temps (26 entretiens sur les 29 d'IDE que j'ai réalisé) une réponse positive. L'explication la plus fréquente repose sur l'idée que « voir des choses différentes », « rencontrer des gens intéressants », « voir du monde » constituait un facteur de « santé morale », donc de santé tout court. Dans la « nouvelle » psychologie élaborée pour les soignants, l'expérience peut être soit traumatisante, soit enrichissante, mais elle a forcément une action sur le psychisme individuel et le soignant doit tout faire pour qu'elle soit positive. Dans un guide sur la gestion du stress des soignants (Choque, 1993, p. 110) il est ainsi précisé : « Tout ce qui nous arrive peut être source de maturation et les notions d'échec, de succès, se transforment en notions d'expérience. Cette attitude nous permet également d'être toujours prêt au changement puisque nous acceptons la réalité du moment présent, et de ne pas craindre la nouveauté : tout ce que je fais aujourd'hui me servira demain à vivre encore mieux de nouvelles situations ». C'est dans ce cadre théorique qu'il est possible de penser l'expérience de la douleur ou de la mort d'autrui comme enrichissante ou de penser qu'une personne proche de la mort ou ayant connu des phénomènes d'exclusion a des choses intéressantes à communiquer à ses prochains.

Pour élaborer et conserver de telles représentations, les discussions avec les autres membres de l'équipe sont nécessaires. Ces discussions peuvent prendre une forme particulière et quasi institutionnalisée dans les « groupes de parole » qui se réunissent régulièrement dans certains services ou certains hôpitaux sous la direction d'un psychologue ou d'un psychanalyste. Dans les unités de soins palliatifs, où les groupes de parole sont plus fréquents, il n'est pas rare que des réflexions collectives sur la mort soient

animées par des professionnels (psychologues, psychanalystes, etc.). Les données théoriques sur la mort et les expériences personnelles des participants sont confrontées. Un travail de deuil est aussi proposé pour aider les soignants à mieux accepter les morts dans le service. Il s'agit de recréer des rites et des significations pouvant se substituer à ceux qu'apportait la religion. Plusieurs recherches récentes en psychologie ont montré que le fait de parler de ses émotions négatives à autrui pouvait avoir un effet positif pour la santé, non pas par un effet de catharsis ou d'abréaction, comme le pensaient Freud ou Breuer, mais parce que cela est souvent l'occasion de construire collectivement un sens acceptable pour les événements à l'origine des émotions en question (Rimé, 2000). Dans les entretiens réalisés, les groupes de parole représentent la forme d'action thérapeutique la plus valorisée. Que l'infirmière ait ou non fait l'expérience de ce type de pratique, le jugement émis à son égard est toujours plutôt positif, même si parfois une certaine méfiance est exprimée par rapport à la dimension collective du système.

Si le travail de reconstruction symbolique du patient porte sur l'intérêt qu'il peut représenter pour l'épanouissement des soignants, il peut également se concentrer sur la nature des besoins que le soignant doit satisfaire. Il existe tout un travail de retraduction et de négociation (Strauss, 1992) des demandes des malades qui devient de plus en plus complexe du fait de l'évolution des mentalités des différents protagonistes dans le cadre du processus de civilisation. Là encore, il est possible de faire un « détour » par l'exemple de l'infirmière religieuse idéal typique. Pour cette dernière, ce qui compte, c'est de sauver l'âme de la personne hospitalisée. La religion définit de façon précise ce qui est bon et ce qui est mauvais pour l'âme du malade. La religieuse adhère largement à ce code et en cas de désaccord avec le malade elle sait où est le « bien ». Ainsi, elle n'a pas de mauvaise conscience particulière à rudoyer le malade vénérien ou la fille-mère, ces mauvais traitements devant permettre à ces malades pécheurs de « racheter » le salut de leur âme.

Aujourd'hui, la situation est peut-être plus complexe comme l'illustre l'exemple d'une infirmière de gynécologie d'un hôpital d'une banlieue difficile[72] : bien que très favorable à la liberté de

[72] Entretien réalisé par Xavier Bétis, Maîtrise AES, Février 1997.

choix pour les femmes, elle a une position personnelle un peu problématique vis-à-vis de l'avortement car elle a eu une fausse couche et ne peut plus avoir d'enfant. Les femmes qui avortent plusieurs fois de suite sont pour elle une source de conflit psychique interne. Il existe donc une contradiction entre son système normatif et ses réactions personnelles : elle sait que son rôle de soignante lui dicte de s'occuper de la même façon de toutes les patientes, même de celles qu'elle désapprouve. Pour cela, elle cherche à redéfinir son action comme essentiellement technique et « *aiguille* » (selon ses propres termes) les patientes qui ont besoin de discuter vers la psychologue du service. Les réactions des femmes qui avortent sont également traduites en termes techniques pour leur retirer les connotations morales qui pourraient rendre le travail de soignant plus difficile : « La plupart des opérées ont faim en revenant du bloc [...], elles ne pensent qu'à manger, à fumer. On peut se dire que quand même, je peux dire le mot parce que c'est vrai, elles viennent de tuer un bébé [...]. Il y a beaucoup de gens que ça choque, je peux comprendre pourquoi. » Mais ce comportement est accepté et excusé en étant retraduit en une question purement physiologique : « Si elles réclament à manger, c'est parce qu'elles sont encore enceintes, parce que les hormones circulent quand même, donc elles ont faim comme toute femme enceinte à jeun. » Le repli sur l'aspect technique du travail est accepté parce qu'il fait l'objet d'un consensus au sein de l'équipe en accord avec le chef de service et la psychologue qui contribue à faire accepter les réactions des patientes comme normales. Dans d'autres services où existent des groupes de parole, une part importante du travail de reconstruction symbolique consiste à expliquer les réactions des malades qui sont mal vécues par les soignants. Ainsi, l'agressivité ou les exigences jugées excessives sont naturalisées ou psychologisées avec l'aide des explications du professionnel et les témoignages des autres soignants. La réinterprétation des besoins du malade est validée par l'équipe et la psychologue qui peuvent plus ou moins redéfinir ce qui est bon pour le malade et en accord avec les aspirations professionnelles de l'équipe[73]. Encore une fois, le groupe de parole cumule les

[73] La nécessité d'un consensus au sein de l'équipe se traduit par le rejet des infirmières qui n'y participent pas. Dans le service de neurologie étudié par Anne Véga (1995), deux infirmières jugées trop « relationnelles » étaient l'objet de nombreuses critiques de la part de leurs collègues.

avantages de la reconnaissance par l'équipe et de la reconnaissance par un professionnel, psychologue ou psychanalyste. La souffrance au travail est donc gérée par l'appel à des professionnels de santé à deux niveaux : celui d'une prise en charge directe et celui de la participation à la reconstruction symbolique du patient.

IV - La gestion de l'identité professionnelle

L'origine du malaise des soignants peut, on l'a vu, être analysée à travers le problème de la relation au patient. Ces difficultés de positionnement dans la relation doivent également beaucoup à la position occupée par l'infirmière par rapport aux autres catégories travaillant à l'hôpital : le médecin ou l'aide soignante[74] semblent avoir moins de problèmes en se domaine ; quelle est alors la spécificité de l'infirmière ? D'un point de vue sociologique, cette question peut être posée en termes d'identité professionnelle. L'identité est l'image de soi élaborée à partir de ce que nous renvoient les autres acteurs (individus, groupes, institutions) avec lesquels nous sommes en interaction. Dans l'activité professionnelle les interactions avec autrui vont être largement déterminées par le type de division du travail qui se met en place. La position dans la division formelle et informelle du travail constitue donc une dimension importante de l'identité professionnelle car c'est elle qui détermine, d'une part l'accès aux tâches jugées valorisantes et donc sources potentielles de satisfaction au travail, et d'autre part la plus ou moins grande proximité avec les buts de l'institution. Par exemple, à l'hôpital dans un service de soins, l'objectif assigné est la guérison du malade, ce qui donne la place centrale au médecin, même si dans la pratique il passe moins de temps que l'infirmière ou l'aide-soignante auprès des patients. Des tâches pourtant indispensables comme la distribution des repas ou le ménage seront moins valorisées si elles ne sont pas présentées comme participant au bien-être du malade et donc, dans une certaine mesure, à la guérison. La construction symbolique de la participation à l'objectif de guérison est la condition de la reconnaissance de l'utilité et de l'intérêt de son travail par autrui et par soi-même.

---

[74] Pour l'aide soignante, cela dépend également de la spécialité du service et de l'organisation du travail adoptée (Vassy, 1997).

La position de l'infirmière hospitalière est problématique dans la mesure où son rôle est pour une part subordonné à celui du médecin tandis que ce qui pourrait constituer son rôle propre peut parfois être réalisé, de façon plus ou moins formelle, par des catégories hiérarchiquement inférieures de personnel comme les aides soignantes, voire les ASH. Sous l'influence des théories anglo-saxonnes du nursing, un certain nombre d'infirmières françaises, principalement des cadres et des formatrices en école, ont cherché à lancer une dynamique de professionnalisation du métier d'infirmière en valorisant le « rôle propre ». Un métier ne devient une « profession » autonome (au sens fonctionnaliste) – à l'image du médecin – que lorsque qu'il peut se prévaloir d'un monopole légitime sur un type particulier de tâche. Seuls les membres de la « profession », c'est-à-dire ceux qui ont suivi les enseignements définis par les autorités scientifiques de cette profession, sont considérés aptes pour accomplir ce type de tâche et pour juger si la tâche a été convenablement accomplie. Par exemple, seul un médecin est jugé capable de déterminer si tel acte est ou non une erreur médicale. De même, l'éducation des futurs médecins est assurée essentiellement par d'autres médecins : dans les facultés de médecine, il n'est pas rare que des cours de langue, d'économie ou de gestion soient assurés par des médecins. Une nouvelle spécialité, l'éthique médicale, a même été créée afin d'éviter que des non médecins (économistes, philosophes...) puissent revendiquer un discours légitime sur les pratiques de santé. Cette tâche dont une profession aurait le monopole légitime, aussi bien pour son exercice, son évaluation et son enseignement, et qui fonde en retour cette profession, est appelée « juridiction » (Abbott, 1988). Une grande part des actions et des représentations propres aux membres d'une profession doit se comprendre en fonction des stratégies pour conquérir ou conserver une juridiction face aux autres professions et métiers qui prendraient en charge des problèmes comparables. Un métier qui veut se professionnaliser doit donc se construire une juridiction nouvelle, encore occupée par personne ou la conquérir sur celle de professions déjà établies. C'est pourquoi on ne peut pas étudier les évolutions d'une profession indépendamment de celles des autres, les professions formant en quelque sorte un « système » (Abbott, 1988).

La petite élite des infirmières ayant suivi une formation complémentaire à l'université (Féroni, 1994), et qui participe

activement au travail de professionnalisation, cherche à promouvoir le développement d'un « savoir infirmier » qui serait une synthèse des savoirs acquis lors de la pratique infirmière et des différentes disciplines permettant de comprendre la personne globale (médecine, psychologie, sociologie, anthropologie, etc.). Ainsi, en 1973 est créé le Conseil supérieur des professions paramédicales, à partir du regroupement du Conseil supérieur des infirmières et du Conseil de perfectionnement des études infirmières, qui a un rôle consultatif et de réflexion sur le travail infirmier. Dans le même sens, des groupes de travail sont mis en place au ministère de la Santé, regroupant essentiellement des cadres infirmiers supérieurs, afin de codifier le métier à travers la publication de *guides du service infirmier* qui constituent une base théorique pour la construction d'une juridiction propre. Selon Françoise Acker (1991) qui en a fait l'analyse, il s'agit d'une « mobilisation professionnelle et administrative pour représenter et prescrire une pratique professionnelle diverse ». Par la création d'un lexique infirmier, la tentative de mise en place d'une recherche cumulative en soins infirmiers et la distinction entre rôle délégué et rôle propre, il s'agit de construire un savoir spécifique qui pourrait être opposé à celui du médecin. Le soin infirmier serait ainsi défini par la notion de « prise en charge globale » du malade, à la fois biologique, psychologique et sociologique. Par opposition il est reproché au médecin de n'avoir qu'une prise en charge partielle (*i.e.* ne voir que les dysfonctionnements physiologiques et biologiques). L'infirmière aurait donc, dans ce schéma, un rôle complémentaire et indispensable à jouer aux côtés du médecin. Il est important pour l'infirmière de pouvoir se prévaloir de ce rôle afin de ne pas apparaître seulement comme la simple auxiliaire, la simple exécutante, du médecin.

Cette vision du rôle professionnel de l'infirmière est diffusée par les écoles de formation, les manuels et la littérature professionnelle, il est donc largement intériorisé par les infirmières, même si il ne correspond pas toujours aux pratiques réelles. Dans tous les entretiens consultés est mis en avant, à un moment où à un autre, l'importance de la prise en charge globale et du relationnel dans la pratique infirmière. Même en réanimation, où les infirmières sont perçues par leur collègues comme des « *super-techniciennes* », cette dimension est revendiquée : « Je pensais qu'en réa, du relationnel, il n'y en avait pas, parce qu'avec

la technique, les malades qui sont intubés, etc. Mais c'est là où il y en a le plus. Il y a toute la relation avec la famille qui arrive, qui est vraiment stressée, parce que la réa, ça fait peur. Il faut déjà gérer ça ! Et puis il y a le patient qui, même si il est intubé et ne peut pas parler est vachement stressé, il ne sait pas ce qui lui arrive : il est attaché, il est à poil, il est devant tout le monde et donc nous, on peut lui parler, lui poser des questions... Donc, il y a toute cette relation qui est très très importante. Et puis il y a l'accompagnement en fin de vie, ça peut arriver » (Max Fourestier, infirmière SICS, spécialisée en réanimation).

Le rôle de l'infirmière dans le processus de guérison est jugé indispensable pour plusieurs raisons : tout d'abord, elle serait la mieux placée pour recevoir l'information nécessaire au traitement : « Le malade se confie beaucoup à l'infirmière car elle passe beaucoup plus de temps au lit du malade. Même si le malade a mal, il ne le dit pas forcément au médecin parce que les malades ont une certaine crainte du médecin quand ils sont dans un lit. Quand les infirmières ou les aides soignantes restent un petit peu dans la chambre, le malade nous raconte certaines choses qu'il ne dit pas forcément au médecin. C'est à nous de bien l'écouter pour pouvoir le transmettre au médecin, pour pouvoir donner les éléments du diagnostic définitif. Ils font plus confiance aux infirmières qu'aux médecins. Ils le disent d'ailleurs. C'est pas qu'ils ont pas confiance en la médecine, mais c'est parce qu'ils ont peur. Le soutien psychologique est très important parce qu'on a des éléments qui peuvent amener à apporter un plus dans la recherche des examens. Au niveau médical, on peut s'orienter sur tels examens et pas d'autres, par rapport à ce que nous a dit le malade » (infirmière AP-HP, chirurgie[75]).

Ensuite, l'infirmière est censée jouer un rôle important dans le processus psychologique de guérison. Dans les représentations de la santé et de la maladie chez les infirmières, avoir un bon moral est un élément indispensable pour retrouver la santé : « Le mental, ça aide beaucoup, pour moi, ça fait tout, c'est une croyance. La croyance, c'est la moitié de la guérison » ; « Cela fait seulement dix ou quinze ans que j'y crois. C'est l'esprit, le moral qui peut aider à la guérison, nous, on voit ça tous les jours. On le sait depuis longtemps. Déjà, seulement 10% des ruptures de santé sont dues à

[75] Entretien réalisé par Nadine Le Doran, Maîtrise AES.

des pathologies. Les médecins ne croient pas à cela mais depuis que la biologie l'a découvert après nous (présence d'enzymes de stress dans le sang), pour eux, ça devient du concret » (infirmière en neurologie et IG, citées dans Véga, 1995). En participant au bien-être du malade, l'infirmière participerait à son rétablissement, au même titre que le médecin mais avec d'autres méthodes. « Soulager, réconforter, encourager... » sont des verbes souvent employés pour décrire ce travail. Enfin, le rôle de l'infirmière auprès du malade est éducatif. C'est elle qui est chargée de transmettre le savoir médical et les règles de vie nécessaires au maintien de la santé ou à la vie avec la maladie. Ce rôle normatif peut parfois aller à l'encontre de ce que le malade pense être ses propres besoins et participe ainsi de ce qui a été qualifié de reconstruction symbolique du malade. Pour ces trois types de tâches, l'infirmière se présente comme la mieux placée : le médecin est jugé trop éloigné du malade et pas assez présent tandis que l'aide-soignante est présumée ne pas avoir assez de compétences psychologiques et médicales pour faire ce travail. « Je me rappelle, je leur disais [aux aides-soignantes] "venez faire la visite avec nous ! "Parce que c'était intéressant. Il y avait des diabétiques et, justement, c'est l'aide-soignante qui sert les repas. Nous, en tant qu'infirmière, on n'avait pas à être derrière l'aide-soignante pour vérifier les régimes diététiques... Et combien de fois on s'est aperçu qu'à un diabétique, et ben l'aide-soignante elle avait filé un morceau de sucre ! » (AP-HP, infirmière médecine du travail).

Malgré la différence affirmée avec les aides-soignantes et les ASH, justifiée par une compétence qui serait supérieure, il est parfois difficile à l'infirmière de démontrer concrètement, dans la pratique quotidienne, qu'elle possède un rôle propre qu'elle seule serait en mesure d'assumer. Les tâches qui relèvent de ce rôle propre sont souvent trop proches d'un savoir profane pour être perçues par les autres acteurs (médecins, malades, etc.) comme le signe d'une compétence professionnelle. Les actes techniques, au contraire, sont beaucoup plus visibles et légitimes et fondent plus facilement la professionnalité de l'infirmière. Mais ils renvoient alors celle-ci à un rôle d'exécutante ou d'auxiliaire du médecin. La mise en œuvre d'un travail relationnel comme affirmation d'une identité professionnelle spécifique est donc problématique. Si toute les infirmières interrogées ont mis en avant, comme principe général, l'importance du travail relationnel, à la question :

« Pouvez-vous me décrire votre travail, par exemple ce que vous avez fait ce matin[76] ? », une seule des 29 infirmières (IDE) interrogées a signalé un travail pouvant entrer dans la catégorie « travail relationnel », et encore, dans des termes généraux. Toutes les autres réponses étaient du type : « J'ai fait les transmissions, d'abord, après les prises de sang, j'ai posé une perfusion, j'ai distribué des médicaments, j'ai pris les tensions, et puis j'ai préparé des injections pour le milieu de matinée, voilà ce que j'ai fait » (Max Fourestier, SICS en cardiologie, 31 ans). Ainsi, dans les entretiens, le rôle relationnel est facilement présenté en termes généraux, mais plus difficilement en termes d'actes précis.

Pour affirmer son professionnalisme, l'infirmière est souvent incitée à se concentrer sur les aspects techniques de son métier, ce qui peut provoquer une certaine contradiction entre l'idéal professionnel et son accomplissement pratique. Cette contradiction entraîne une frustration et l'impression que la spécificité de la profession n'est pas reconnue par les médecins et l'administration : les médecins ne valoriseraient pas la prise en charge globale autant que les thérapies conventionnelles et l'administration ne laisserait pas le temps suffisant aux infirmières pour effectuer ce type de travail. Les aides-soignantes, qui n'ont pas à faire la preuve de leur professionnalisme par des actes techniques et cherchent moins à faire du travail relationnel une « juridiction » professionnelle, semblent avoir moins de difficultés. Ainsi, une infirmière, ancienne aide-soignante, déclare : « Lorsque j'étais aide-soignante, j'avais plus de contacts avec mes patients. Depuis mes études d'infirmière, je me suis aperçu que c'était une chose que je n'avais plus le temps de faire. Je suis débordée par l'aspect technique des soins » (service de chirurgie, 28 ans[77]). Le comble de la frustration professionnelle est atteint quand l'infirmière est contrainte, par l'organisation du travail dans le service, à effectuer des tâches qui relèvent nettement de l'hôtellerie ou du service à la personne. Son rôle de professionnelle participant au processus thérapeutique est alors clairement nié. Ainsi, le travail domestique, comme celui des infirmières obligées de faire le ménage dans le « service portes » de Laënnec, ou du travail administratif dans la plupart des services

[76] Pour ne pas déranger les équipes dans leur travail, la plupart des entretiens ont eu lieu en début d'après-midi, horaire souvent moins chargé.

[77] Interrogée par Chintana Sengtathavy, Maîtrise AES.

sont les activités à propos desquelles les plaintes de fatigue et de stress sont les plus fréquentes. Il s'agit du « sale boulot » que l'on cherche à déléguer à l'aide-soignante ou à la secrétaire (Vassy, 1997).

La prégnance des notions de vocation et de dévouement, tout comme la nécessité de donner un sens positif aux contraintes propres à l'activité soignante, rendent le problème de la reconnaissance de son travail particulièrement crucial pour l'infirmière. Se sentir utile et appréciée est de plus en plus nécessaire pour accepter certains aspects des conditions de travail, alors que tend à disparaître l'engagement strictement religieux. De plus, la seule reconnaissance par le malade risque, comme on l'a vu, d'être problématique ou insuffisante. La reconnaissance revendiquée par les infirmières peut alors avoir plusieurs autres origines : les médecins, la hiérarchie infirmière ou administrative et enfin, des professionnels de santé autres que les médecins du service (médecin traitant, psychologue, etc.). La reconnaissance peut être pensée comme une source « d'énergie » subjective comme le suggère la notion de « force sociale », développée par Durkheim (1991), dont le *mana* mélanésien serait une sorte d'archétype[78]. « L'énergie » humaine dans l'action découlerait de l'idée religieuse de force, elle-même produite par la force anonyme et collective du clan, de la société, qui s'exprime par exemple lors des grands rassemblements rituels et des transes individuelles qu'ils peuvent provoquer. Le sentiment de force que l'homme éprouve résulterait donc, en dernière analyse, de l'ascendant moral que sa société exerce sur lui. « Un dieu n'est pas seulement une autorité dont nous dépendons ; c'est aussi une force sur laquelle s'appuie notre force. L'homme qui a obéi à son dieu et qui, pour cette raison croit l'avoir avec soi, aborde le monde avec confiance et avec une énergie accrue » (Durkheim, 1991, p. 370). Cette force religieuse étant avant tout une force sociale, elle peut se retrouver dans un contexte « profane » : « Ce n'est pas seulement dans ces circonstances exceptionnelles que cette action stimulante de la société se fait sentir, il n'est pour ainsi dire pas un instant de notre vie où quelque influx d'énergie ne nous vienne du dehors. L'homme qui fait son devoir trouve dans les manifestations de

[78] Le *mana* est une sorte de pouvoir, d'énergie impersonnelle ; tout mouvement, toute force, toute énergie, qu'elle soit naturelle, humaine ou surnaturelle en découle. Le *totem* n'est que la matérialisation de cette force.

toute sorte par lesquelles s'expriment la sympathie, l'estime, l'affection que ses semblables ont pour lui, une impression de réconfort, dont il ne se rend pas compte le plus souvent, mais qui le soutient. Le sentiment que la société a de lui rehausse le sentiment qu'il a de lui-même. Parce qu'il est en harmonie morale avec ses contemporains, il a plus de confiance, de courage, de hardiesse dans l'action » (Durkheim, 1991, p. 373).

Une récrimination fréquente, dans les entretiens (essentiellement à l'hôpital de Nanterre), concerne le manque de reconnaissance ressenti par les infirmières de la part des médecins. Une élève-infirmière, en partie inspirée par ses expériences de stage, résume ainsi, dans son mémoire final d'étude (Petit, 1996, p. 27 à 29), l'ensemble de ces griefs : « De par leur fonction de prescripteurs, les médecins s'imposent comme les leaders naturels de l'équipe et pourtant, ils n'ont reçu aucune formation en encadrement ni en psychologie. Il en résulte de nombreuses frictions avec ceux qui demeurent leurs interlocuteurs privilégiés : les infirmiers. En effet, le plus souvent, ceux-ci ne sont pas associés aux prises de décisions et n'en sont informés qu'après-coup. Pourtant, leur relation particulière et leur vécu quotidien auprès des patients font d'eux des auxiliaires de tout premier ordre : les informations qu'ils détiennent seraient autant d'atouts supplémentaires dans l'élaboration d'un véritable projet de soins, en concertation avec les médecins et le reste de l'équipe. De plus, au regard de leur niveau de responsabilité, une telle difficulté à peser sur les décisions concernant leur propre travail, apparaît invraisemblable. Enfin, cette absence de concertation renforce l'incertitude des soignants quant aux réponses à apporter aux questions des malades. Pour toutes ces raisons, les infirmiers ont donc le sentiment d'être niés par le corps médical car leur connaissance du malade n'est jamais prise en compte ni reconnue. Preuve en est la rareté des réunions d'équipe où le médecin est présent. Même en dehors de ces prises de décisions, on constate que les simples échanges parlés entre infirmiers et médecins sont très brefs, voire quasi-inexistants pour les infirmiers d'après midi et de nuit. Leur responsabilité n'en est que plus lourde. »

La demande et le besoin de reconnaissance par les médecins et la hiérarchie exprimés par les soignants ont fait penser à certain qu'il s'agissait d'un mode d'organisation du travail spécifique à l'hôpital : le « management hyperaffectif » (Hart et Muchielli,

1994). Celui-ci se caractériserait par un système de commandement où le supérieur cherche à obtenir de ses subordonnés qu'ils suivent ses consignes non pas en vertu de sa position hiérarchique ni par le caractère rationnel et nécessaire de la demande, mais en quelque sorte pour lui faire plaisir, presque par amour pour lui. Cette attitude serait liée à la forte demande d'implication personnelle ainsi qu'à la charge émotionnelle qu'entraîne le travail de soin. Cette représentation de la vie des services correspond assez bien à l'image que s'en font les acteurs concernés. Une surveillante générale de l'hôpital Laënnec explique ainsi, « les infirmières, de nos jours, veulent toujours qu'on les complimente, qu'on leur dise qu'elles sont les meilleures [...]. Elles ont besoin qu'on leur fasse remarquer qu'elles sont les plus belles, les plus gentilles, les plus sympas. C'est assez marrant ! L'autre jour, on m'a fait des reproches, parce que j'avais demandé quelque chose, sur une lettre à l'équipe de nuit et j'avais marqué : "Voulez-vous faire ça" et puis : "Je vous remercie". Elles m'ont dit : "Oui, ce qu'on vous reproche, c'est d'être trop sèche, dans vos lettres, que vous ne nous mettez pas un petit mot". Ecoutez, c'est du travail que je leur demande. Moi, quand j'ai envie de demander quelque chose, je le demande directement, je ne l'entoure pas de papier de soie. C'est ce qu'elles ont besoin, elles ont besoin d'être nursée, d'être cajolée, d'avoir une mère. » L'attente d'une reconnaissance personnelle particulièrement intense, quand elle est déçue, provoque alors une insatisfaction qui se traduit sous la forme de plaintes de fatigue et de démotivation et les soignants peuvent être poussés à exhiber leur fatigue et leurs frustrations dans l'espoir de recevoir en retour reconnaissance et privilèges. Ce fort désir de reconnaissance exprimé par les infirmières rencontrées traduit en fait la difficulté à construire un positionnement identitaire solide et satisfaisant. Finalement, si la relation au malade peut être une source de souffrance au travail et si la transformation de cette souffrance en plaisir est parfois problématique, c'est en grande partie parce que l'identité professionnelle de l'infirmière n'est pas encore clairement constituée et reste soumise aux arrangements locaux propres à chaque service et largement conditionnés par les relations de pouvoir et parfois par le climat « affectif » qui règne dans certains services. *A contrario*, le travail de revendication et de construction collective du métier d'infirmière est encore faible, en

grande partie du fait de la réticence de la plupart des infirmières à l'égard de l'action syndicale traditionnelle.

Malgré les nombreuses plaintes et les frustrations professionnelles exprimées individuellement, par exemple lors des entretiens, celles-ci ne donnent pas lieu à des revendications collectives structurées et organisées, en dehors d'explosions épisodiques telles les grèves de 1988. Or l'exemple des discours ouvriers sur la fatigue a montré que la médicalisation des mauvaises conditions de travail et la plainte individuelle de fatigue étaient d'autant plus fortes que les formes traditionnelles de défense collective étaient en recul. Parmi ces formes traditionnelles, l'action collective et notamment celle qui se construit autour des syndicats et des partis ouvriers peut jouer un rôle central pour au moins deux raisons : elle permet de renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe identitaire dont la valorisation repose la capacité, réelle ou fantasmée, d'opposition à l'exploitation. De façon plus concrète, l'action collective permet d'obtenir certains avantages, une amélioration, même limitée, des conditions de travail. Or le milieu infirmier, malgré les récents mouvements de 1988 et 1991, d'ailleurs organisés plus par une coordination spontanée plutôt que par les syndicats infirmiers, se caractérise par une certaine méfiance à l'égard des syndicats et de l'action collective organisée. Le sentiment général de l'infirmière non-syndiquée est bien illustré par cette infirmière de chirurgie[79] : « Q : Faites-vous partie d'une organisation professionnelle syndicale ? Pourquoi ? R : Non, pas pour l'instant. Il est vrai que les syndicats, ce n'est pas trop notre problème. Actuellement, ils sont responsables d'une amélioration de notre profession mais il y a beaucoup trop d'extrémistes. Cela me fait plutôt peur car ils sont capables de casser les lits, de se mettre en grève complète... Or, ne serait-ce que par conscience professionnelle, on ne peut pas se mettre en grève totale, c'est-à-dire qu'on ne peut pas refuser de soigner des malades en urgence. Non, je ne peux pas dire : "Non, je suis en grève, je ne peux pas vous aider". Je ne pourrais pas. » Cet exemple illustre bien la répugnance qu'il peut y avoir pour une infirmière à défendre trop directement ses intérêts, malgré l'utilité reconnue de ce type d'action. L'exagération au sujet des pratiques

[79] Entretien réalisé en décembre 1996 par deux étudiants de Maîtrise AES, P. Marques et J. Veloso.

syndicales (« casser des lits », « refuser de soigner des malades »...) exprime bien la force de l'idéologie du dévouement au malade. Comme le remarque Jean Peneff (1992, p. 218), « en usine, la répétitivité et la monotonie, les cadences, la subordination et le poids de la maîtrise sont combattus par le freinage, le coulage et la lutte syndicale. A l'hôpital, s'il y a moins de monotonie et si la cadence n'obéit pas au chronométrage (le temps y est plus élastique), les caractéristiques du travail physique s'apparentent néanmoins au travail ouvrier : manutention, manipulation, transport. Cet aspect labeur est occulté par les professionnels parce qu'il contredit le rôle valorisant de fournisseur de soins, rôle que l'on habille des catégories morales ordinaires : dévouement, soutien et aide au malade. »

Les causes de la faible syndicalisation des infirmières et de leur rejet relatif des formes traditionnelles de revendications collectives sont nombreuses. La première, déjà évoquée, est liée à l'idéologie professionnelle des infirmières. Si le terme de vocation est parfois rejeté, la plupart des infirmières interrogées mettent néanmoins en avant leur engagement personnel et l'importance de leur mission à l'égard du malade. Une infirmière de l'hôpital Max Fourestier (33 ans, SICS) explique : « L'hôpital, c'est pas une usine ! Ni une usine, ni une entreprise. [...] C'est pas des machines sur quoi on travaille. D'ailleurs c'est pour ça que la plupart des infirmières n'aiment pas faire grève, parce que c'est pas des machines qu'on arrête et puis qu'on remet en marche après ; c'est pas possible. A votre patient qui a un arrêt cardiaque, vous pouvez pas lui dire : "Pendant une heure je suis en grève". Aux urgences, quand on était en grève, on faisait le boulot pareil, pareil quoi... Même si on avait marqué "En grève" sur les banderoles. Donc, quand même, il faut le dire, que les infirmières, on a quelque chose en plus que les autres. Parce que tout le monde passera dans nos mains un jour ou l'autre, ça c'est clair. » Un autre aspect de cette idéologie s'exprime dans le refus de rattacher les problèmes rencontrés à une vision plus large des conflits sociaux. De ce fait, les conflits au travail sont très souvent analysés comme des conflits personnels, avec tel médecin, telle surveillante ou telle collègue ; ils sont rarement expliqués comme l'expression de rapports de classe. Le refus des syndicats prend donc souvent sa source dans le rejet de toute forme d'idéologie collective, perçue comme inadaptée à la personnalité de l'infirmière. Une infirmière

de 39 ans[80] déclare, à propos des syndicats : « Honnêtement, jusqu'à il y a peu de temps, j'avais des *a priori* par rapport aux organisations syndicales. Ma perception c'était qu'on était pris dans un mouvement et qu'on était obligé d'aller dans le sens du mouvement syndical. J'adhérerais beaucoup plus à un mouvement spontané de différentes personnes d'origine différentes. Si dans l'objectif commun je m'y retrouve, peu importe nos origines... J'ai vécu une expérience au Syndicat national des cadres hospitalier où j'avais adhéré pour rendre service [...]. J'avais l'impression d'avoir une muselière. Par rapport à leur pensée, je ne m'y retrouvais pas, mais dans la mesure où j'avais cette étiquette, je ne pouvais pas parler. » Dans le même hôpital, une infirmière de 42 ans[81] explique, également à propos des organisations syndicales : « Je sais qu'elles peuvent aider, mais comme je suis assez libertaire dans le sens large du terme, je ne veux être tenue par rien. Si j'ai pas fait cadre, c'est parce que je ne veux pas être la tête dans la boite... Je veux être libre de penser, je veux pas qu'on me dirige, je veux être libre, le côté directif me gêne. »

Cette attitude individualiste à l'égard de l'action collective et la perception des problèmes comme étant avant tout des problèmes personnels contribuent à expliquer pourquoi les revendications seront le plus souvent exprimées sous la forme de plaintes de fatigue ou de stress. Le rejet des références à une vision plus large des conflits sociaux fait que les problèmes au travail sont perçus sous l'angle du malaise individuel, comme l'impossibilité de réaliser un idéal personnel. D'autre part, l'idéologie de dévouement au malade provoque une réticence à revendiquer des améliorations pour soi qui ne soient pas justifiées par le désir de mieux soigner les patients. Interrogée sur les causes des mouvements infirmiers de 1988, une infirmière explique ainsi : « Elles manifestaient principalement pour des problèmes d'effectif, les conditions de travail mauvaises, dans le sens où elles ne sont pas assez nombreuses pour donner des soins corrects aux patients. C'est ça principalement, d'où le stress. [...] Qui dit manque d'effectif dit

[80] Unité de suite et de réadaptation, CHU Bicêtre, entretien réalisé par Sylvie Chevalier (déléguée syndicale CGT), maîtrise « Développement social ».

[81] Centre de long et moyen séjour, entretien réalisé par la même étudiante.

problèmes de sécurité pour le patient. Enfin, je veux dire, c'est vraiment un problème important. »[82]

V - *Burn out* et professionnalisation des infirmières

Si se plaindre de sa fatigue est un moyen de remettre en cause certaines relations de pouvoir avec la hiérarchie ou le corps médical et de revendiquer un certain nombre d'améliorations des conditions de travail, l'aveu d'une trop grande proximité affective avec le malade et des difficultés psychologiques que l'on éprouve face à sa souffrance risque d'être un obstacle à la reconnaissance de l'activité d'infirmière comme véritable profession. Un vrai professionnel ne doit pas souffrir d'épuisement émotionnel car il est censé avoir la maîtrise de la situation et en tout premier lieu des ses propres réactions. Le contrôle des affects et la neutralité affective sont en effet une des caractéristiques nécessaire de la profession, comme l'a montré Parsons (1955) à propos des médecins. C'est la raison pour laquelle les infirmières les plus engagées dans le travail symbolique de construction du métier d'infirmière comme profession, principalement des cadres et des formatrices en école d'infirmières, vont insister aussi nettement sur la nécessité d'apprendre à gérer la souffrance psychique résultant du type de travail mené. La véritable infirmière professionnelle doit pouvoir vivre son travail sur le mode de la distanciation plutôt que sur celui de l'engagement pour reprendre les termes proposés par Norbert Elias (1993). Comme le montre également Jean Peneff dans son observation d'un service d'urgence, le « détachement moral » est nécessaire pour les travailleurs hospitaliers. Il implique notamment : « La non implication au delà du strict nécessaire » et « le refus de voir l'individu singulier pour ne considérer que le malade typique. Ainsi, refouler ce qui n'a pas trait à la pathologie pour ne pas être affecté par le cours aléatoire de la maladie, s'insensibiliser à la souffrance d'autrui pour appliquer sereinement les traitements douloureux » (Peneff; 1992, p. 166).

A ce niveau, une distinction peut sans doute être faite entre les infirmières de base, engagées dans des luttes symbolique locales pour leur reconnaissance par les médecins, la hiérarchie ou les malades ainsi que pour l'amélioration de leurs conditions de travail

[82] Institut Gustave Roussy, entretien réalisé par une étudiante de maîtrise AES.

et celles qui s'attachent plutôt – à un niveau essentiellement « théorique » – à présenter le métier d'infirmière comme une véritable profession. Alors que pour les premières la plainte de fatigue prend un sens presque positif comme preuve du don de soi, elle signifie, pour les autres, le signe d'une insuffisante professionnalisation. Cela explique probablement une partie des divergences d'opinion sur la fatigue observées entre les infirmières et le sommet de la hiérarchie des soins infirmiers. Pour les infirmières dans les services, parler de leur fatigue, de leur stress est une façon de faire reconnaître la part irréductible d'engagement attaché à leur fonction. Les cadres infirmiers, notamment ceux qui s'investissent dans une réflexion sur la professionnalisation du soin, voient quant à eux dans les discours sur la fatigue une occasion d'affirmer la nécessité de distanciation pour garantir une relation « professionnelle » au malade. Une surveillante (cadre infirmier) de l'hôpital Laënnec explique ainsi : « Soit on est capable de supporter que les gens [i.e. les malades] puissent souffrir et, auquel cas on souffrira peut-être moins derrière, et ça ira ; soit on n'est pas capable de supporter et auquel cas, on emmène ça chez soi et le traîne partout. On devient une professionnelle au moment où on enfile sa blouse et on n'est plus une professionnelle quand on met sa blouse au clou, ce qui est très peu pratiqué chez les infirmières. »

La symbolique de la blouse dans les discours sur la « bonne professionnelle » est puissante. Le fait d'enfiler cet habit revient pratiquement à entrer dans le rôle de la professionnelle. La blouse peut prendre alors la forme d'un véritable rite protecteur contre les risques de surinvestissement affectif et d'épuisement émotionnel. Ainsi, Corinne Roche (1992), infirmière et romancière, dans son premier roman, raconte, à la première personne, l'histoire d'une infirmière qui, malgré plusieurs années d'expérience, craque et doit quitter momentanément son travail à la suite de la mort d'un malade auquel elle s'était attachée (« Je reconnais que Manda était mon premier mort. Tous les autres des décès seulement », p. 201). Au moment de cette mort qui la blesse tant, la narratrice ne porte pas sa blouse : « ça y est ! Je me précipite, me penche sur le visage de Manda, laisse tomber pêle-mêle sur le sol mon sac, mon manteau. A ce geste de visiteur, au claquement insolite de mes talons pendant les quelques mètres entre la porte et le lit, je réalise que je ne suis pas en blouse, que pour la première fois je franchis

en civil le seuil d'une chambre [...]. Nadine me pousse vers l'office, "viens, j'ai fait du café" [...], puis elle ajoute :"arrête toi quelques jour, sinon tu ne t'en remettras pas", que veut-elle dire ? J'y penserais plus tard, demain, je boutonne ma blouse, il faut avertir les admissions, s'occuper d'Anita [la fiancée de Manda] » (p. 203). Une fois la blouse remise, la femme qui souffre redevient une professionnelle qui pense d'abord à ce qu'elle doit faire : les démarches administratives, consoler les proches, etc. C'est-à-dire tout le « protocole de la mort » (Canoui, 1996) que doivent mettre en place les soignants pour la surmonter. Mais la blouse, dans l'imaginaire infirmier, ne doit pas être comprise comme une simple carapace qui viendrait couper l'infirmière de toute émotion, la rendant insensible et inhumaine : « J'ai de l'amour pour mon métier, c'est nécessaire d'avoir un idéal quand même. Parce que c'est un don de soi, de sa personne. En neuro, il faut de la compassion pour les malades dès que ta blouse est enfilée » (infirmière en neurologie, citée dans Vega, 1996, p. 319). L'infirmière qui porte sa blouse n'est peut-être plus une femme qui souffre mais elle reste néanmoins une professionnelle qui donne de la compassion, qui connaît les gestes et les paroles qui soulagent. Ainsi, la blouse, qui transforme une personne particulière en l'image générique de l'infirmière, qui rapproche du médecin, représente, dans l'imaginaire infirmier, une symbolisation des valeurs de la profession. Avec sa blouse, l'infirmière atteint l'équilibre entre l'engagement et la distanciation ; elle donne d'elle-même, mais sans y perdre sa santé mentale.

L'amour et le soutien que devrait donner l'infirmière quand elle est une professionnelle n'est plus le même que celui qu'elle pourrait donner en tant que profane. La séparation entre le « moi professionnel » et le « moi personnel », pour reprendre l'expression d'une psychologue interrogée, représente ainsi l'idéal mythique de l'infirmière compétente. Mais cette séparation est également à la base des discours prophylactiques sur la fatigue. La peur du stress, de l'épuisement, du *burn out* peuvent alors être les vecteurs de la diffusion de cette idéologie. Ce contrôle social de la profession à travers les discours sur la bonne façon de se conduire pour limiter le stress et la fatigue est pour une grande part diffusé par les écoles de formation ainsi que par les « élites intellectuelles » des infirmières qui travaillent à conceptualiser et à formaliser la

profession et à lui construire une « juridiction » (selon le terme d'Abbott, 1988) autonome : le « rôle propre ».

La gestion du stress comme forme de « régulation morale »

Par son origine « religieuse », son recrutement essentiellement féminin et sa subordination au pouvoir médical, la fonction infirmière a toujours été soumise à des fortes prescriptions normatives. Les discours prononcés au nom de l'hygiène physique et mentale ont peu à peu pris le relais des préceptes moraux d'origine religieuse et les écoles de formation restent le principal vecteur de cette inculcation normative renouvelée.

Le travail de régulation normative assuré par l'idéologie professionnelle commence au moment de la « sélection psychologique »[83] qui est effectuée lors de l'entrée à l'école d'infirmière puis surtout au cours des stages, souvent présentés comme des tests visant à s'assurer que la candidate a bien « l'étoffe » de la future infirmière professionnelle. Un surveillant de Laënnec (lors de l'entretien) a ainsi longuement et spontanément mis l'accent sur la nécessité de sélectionner des candidats présentant le profil psychologique souhaité : « Je pense qu'on a vraiment compris ce métier quand on a compris qu'il faut être bien avec soi-même. Donc qu'il faut s'occuper de soi avant de s'occuper des autres, qu'on ne peut pas s'occuper de soi à travers les autres, c'est impossible, moi c'est ce que je pense. Q : Tout le monde ne peut pas être infirmier ou infirmière ? R : Moi je pense que oui. De toute façon, c'est un métier, si on ne l'a pas choisi ou si il ne convient pas, on ne peut pas le faire correctement. C'est pour ça que moi je participe beaucoup aux sélections au niveau des entrées dans les écoles d'infirmières. On remet les futures infirmières en face de ce qu'elles auront à vivre. C'est un métier qui est dur ; c'est

---

[83] Phénomène qu'avait déjà analysé Jeanine Verdes-Leroux (1978) pour les assistantes sociales : « En accord avec la nature des interventions que devront exercer les agents, la profession, par la mise en œuvre d'une sélection psychologique, s'assure que les aspirants présentent bien les aptitudes naturelles indispensables à l'exercice d'un métier à peu près totalement dépourvu de couverture technique » (p.62). Il s'agit de prévenir « les risques d'abandon individuel, associés aux conditions spécifiques de l'intervention » (p.64). Les infirmières possèdent indéniablement la dimension technique qui semble manquer aux assistantes sociales, mais le travail de professionnalisation tenté par certains porte justement sur l'autonomisation d'un « rôle propre » construit sur le travail relationnel plutôt que technique.

un métier pour lequel la vie personnelle il faut vraiment se la bâtir, parce que sinon, on est complètement bouffé par sa vie professionnelle [...]. Il faut une automotivation et des qualités humaines ; moi je pense que c'est important ! Et là, je ne le ressens pas chez les jeunes diplômées, cet équilibre psychologique. Ils sont très vite... ou alors je ne me suis pas vu quand j'étais jeune, mais j'ai l'impression que j'étais plus... J'ai l'impression que dès qu'il y a un petit truc qui n'était pas prévu, ils sont complètement débordés, alors que le propre de ce métier là, c'est de ne pas se noyer dans l'imprévu et faire un petit peu comme si c'était prévu. » Dans le discours à la fois des psychologues et des cadres infirmiers il est souvent conseillé de séparer son « moi professionnel » de son « moi personnel », c'est-à-dire aussi ne pas chercher à régler des conflits intra-psychiques personnels, comme « une mauvaise relation au père », par son travail et la relation professionnelle au malade : « Je pense aussi que certaines infirmières ne savent pas laisser leurs problèmes au vestiaire quand elles arrivent, elles ne savent pas non plus poser leurs problèmes de l'hôpital avec leur blouse. Mais ça, il y a des personnes qui ne pourront pas... Je ne sais pas, c'est déjà un équilibre psychologique qui est parfois naturel chez certains et qui doit s'apprendre chez d'autres. Moi j'ai peut-être des capacités plus ou moins à couper... Mais c'est indispensable ! Si on ne l'a pas, il faut apprendre à l'avoir, travailler dessus ! » La formation doit alors, dans ce cas, poursuivre l'œuvre « normalisatrice » entamée lors de la sélection.

L'introduction de connaissances et de conseils sur la gestion du stress et de la fatigue dans les cours de psychologie, devenus beaucoup plus importants depuis l'unification de la formation d'infirmière « diplômée d'Etat » et celle d'infirmier psychiatrique, constitue un premier axe pour faire passer des valeurs de plus grande maîtrise de soi et donc de plus grande maîtrise professionnelle. C'est ce qu'illustre cet extrait d'entretien avec une jeune infirmière exerçant à l'hôpital Laënnec depuis neuf mois : « Q : On vous a parlé du stress ou du burn out à l'école ? R : Oui oui, on en parlait, j'ai même une collègue qui a fait son mémoire là dessus. Etant donné que moi je sors avec le nouveau diplôme, le tronc commun entre infirmier et infirmier psychiatrique, j'ai eu beaucoup de psychologie. On a eu des cours avec un psychologue, que ça soit sur le stress ou l'épuisement professionnel, la communication, les thérapies, tout ça... Par rapport aux anciens

étudiants, je pense qu'on a quand même de meilleures bases pour s'adapter aux difficultés du métier, aux pathologies des malades. » De façon plus générale, les conseils donnés par les formatrices portent souvent sur la nécessité d'une bonne hygiène de vie et de contrôle de soi par rapport à la souffrance des malades : « Ce qui nous a le plus choqué [à l'école], c'est de voir que dans le code de déontologie infirmière, on continue à parler de la nécessité d'avoir une vie régulière, équilibrée, pour faire le métier d'infirmière » ; « Les compétences de l'infirmière, à l'école, c'est d'être agréable, avenante, souriante, disponible, ordonnée, de savoir gérer son temps de travail et sa vie privée (la laisser à l'extérieure) » (entretiens d'infirmières, cités dans Véga, 1995, p. 57 et 58). Si les élèves réagissent plutôt négativement quand ces préceptes prennent une tournure trop directement disciplinaire (« L'école, c'est la maternelle. J'exagère : le CM2. Les monitrices parlent à des enfant et font de la discipline », idem, p. 58), les normes de modération et de contrôle de soi peuvent être reprises beaucoup plus facilement lorsqu'elles sont présentées comme des facteurs de santé mentale nécessaires à « l'épanouissement des soignants dans leur activité professionnelle et, par voie de conséquent, l'amélioration de la qualité des soins », comme l'écrit une élève infirmière dans la conclusion de son mémoire sur le stress (Petit, 1996, p. 54).

Les mémoires de fin d'étude de plus en plus nombreux sur le stress et l'épuisement professionnel, rédigés par les élèves infirmières, offrent, en effet, une bonne illustration de ce processus de reprise, et donc d'intériorisation, des normes professionnelles à travers des conseils d'équilibre psychologique et de maîtrise professionnelle des affects. Ainsi, dans le travail déjà cité (Petit, 1996, p. 45 à 49) sont prodigués les conseils suivants : « Apprendre à mieux se connaître [...], un sujet en accord avec lui-même entretiendra des rapports plus harmonieux avec ses collègues, comme avec les patients dont il a la charge [...], mieux communiquer avec les autres [...], prendre soin de soi. Cela passe par une hygiène de vie et une aptitude à se faire plaisir [...], une alimentation équilibrée, un sommeil suffisant et de qualité et la pratique d'une activité physique et sportive contribuent à améliorer la santé et le bien-être physique et mental du soignant [...], changer son mental. Plutôt que d'attendre passivement les améliorations réclamées (conditions de travail notamment), c'est à chacun d'essayer de transformer son état d'esprit. Certes, agir sur le mental

est plus difficile que de modifier sa condition physique. Cependant, le mental n'est pas un acquis figé à jamais et un minimum de discipline et de persévérance viendront à bout d'un mental négatif. Les qualités primordiales à développer sont : le réalisme, l'humilité, le contentement et la vision globale [...], se contenter de ce que l'on a c'est : considérer toujours ce qui est important pour le malade et pour l'équipe afin d'éviter de s'ancrer dans ses habitudes et de voir s'installer la routine ; pouvoir se resituer dans une démarche professionnelle à l'échelle de sa vie toute entière plutôt que d'avoir une vision étriquée des événements : cela revient à considérer les échecs aussi bien que les succès comme des expériences ponctuelles d'apprentissage et de maturation. » Si le caractère moralisateur de ces préceptes est évident, ils s'inscrivent surtout dans une tentative plus vaste de transformation du soignant en véritable professionnel maîtrisant ses émotions et son mental pour aborder le malade avec cette « neutralité affective » nécessaire à une prise en charge « rationnelle ». C'est ainsi que la compassion pour un malade particulier doit être dépassée au nom de « l'apprentissage », c'est-à-dire de la connaissance, des progrès de la « science infirmière ». Le modèle sous-jacent de la compétence médicale est ici évident. Il s'agit, en fait, d'une pure logique de professionnalisation qui vient combattre la logique « affective », la tendance à la projection de soi dans l'interaction, encore très présente chez de nombreuses infirmières, surtout lorsqu'il existe une certaines proximité avec le malade, comme dans le cas de soignants et de patients tous les deux jeunes (Peneff, 1992).

Tout comme pour la formation dans les écoles d'infirmière, l'orientation normative de la profession est passée progressivement d'une forme de contrôle social à caractère ouvertement moralisateur à un discours plus diffus sur la préservation de la santé mentale. Norbert Elias avait analysé le processus de normalisation et de civilisation des courtisans de la renaissance à travers l'évolution des manuels de savoir-vivre et de bienséance. Une analyse actuelle du processus de normalisation et de professionnalisation du métier d'infirmière, porté par certains cadres, doit passer par l'analyse des écrits sur le stress et l'épuisement professionnel.

Ainsi, dans le *Guide anti-stress, le bien-être des soignants* (1993), rédigé par un professeur de yoga-relaxation et une

infirmière formatrice, mari et femme dans la vie, le chapitre consacré aux « moyens d'action » concentre un grand nombre de préceptes, très proches de préceptes moraux, doublés d'un nouvel impératif : faire appel à des professionnels pour régler ses problèmes existentiels et personnels. « L'honnêteté », « le courage », « le sens de la justice », le « contentement » constituent quelques uns de ces préceptes. Ainsi, sous l'intitulé « contentement », il est expliqué que « ce n'est pas parce qu'un service manque de personnel, de matériel, qu'il ne faut pas essayer d'améliorer continuellement la qualité des soins. C'est-à-dire qu'à des difficultés matérielles concrètes, ils ne faut pas ajouter de difficultés d'ordre psychologique tels que défaitisme, colère, agressivité, lamentations, agacements qui ne font que créer des tensions et des stress négatifs, une perte d'énergie inutile » (p. 114).

Si certains de ces principes, comme celui du « contentement », sont anciens et correspondent à une morale traditionnelle, les guides anti-stress proposent également des normes nouvelles. Le cœur de cette nouvelle morale semble reposer sur la nécessité « d'être en accord avec soi-même, d'être vrai, authentique », comme cela est répété plusieurs fois. Mais pour être soi, il est paradoxalement nécessaire de faire appel à des professionnels (psychologues, maîtres en relaxation ou en yoga, etc.), sortes de spécialistes de l'authenticité. L'explication de ce paradoxe se trouve peut-être dans la conclusion du livre : « L'image de l'infirmière qui donne sans jamais recevoir, ne doit plus exister. L'infirmière, pour rester disponible dans la relation avec le malade ne doit pas oublier ses propres besoins fondamentaux » (p. 154). En écho aux plaintes des infirmières vis-à-vis de la relation au malade, il est en quelque sorte demandé que l'infirmière, pour qu'elle puisse rester elle-même et ne pas voir sa substance partir dans son travail, ait le droit de recevoir en compensation de la part de nouveaux professionnels qui acceptent de s'en charger[84]. Qu'on ne sache pas très bien la nature de ce qui est censé s'échanger et circuler, en dehors d'une vague métaphore énergétique, ne semble pas avoir trop d'importance : ce que le professionnel apporte, c'est une sorte « d'énergie » qui aide l'infirmière à rester elle-même malgré les

[84] On retrouve ici la « métaphore active » déjà présentée à propos du film *Petits arrangements avec les morts.*

conditions de travail difficiles. En échange d'une aide à l'épanouissement personnel, elle doit accepter les contraintes de son métier et de sa position hiérarchique.

Dans le dernier chapitre intitulé « choisissez votre pratique anti-stress », Stella et Jacques Choque (1993) proposent, en encadré, plusieurs histoires de vie de soignantes centrées sur la redécouverte voire la révélation de soi par une technique anti-stress et l'aide d'un professionnel. Dans la première, Catherine est une infirmière-anesthésiste qui perd le sommeil et « emmène ses malades chez elle » ; pour faire face, elle prend des tranquillisants. « Jeune diplômée pleine d'enthousiasme, elle n'a pas su, au cours des années, repérer les premiers signes annonciateurs d'un syndrome d'épuisement [...]. Certaines situations d'urgences engendrent toujours chez elle un stress négatif qui lui fait perdre une partie de ses moyens et la qualité de sa relation avec ses malades s'en ressent. En lisant une revue professionnelle, Catherine découvre le training autogène et trouve dans sa ville un psychothérapeute avec lequel elle se sent en confiance [...]. Catherine, peu à peu, reprend confiance en elle, se donne les moyens de se ressourcer et surtout de ne pas accumuler passivement les tensions nuisibles. Les malades se sentent en confiance avec elle et le soin relationnel devient à nouveau un moment d'échange et de plaisir pour Catherine et pour le malade » (p. 126). La deuxième histoire est celle d'Yvette, aide-soignante qui « en a plein le dos de son travail ». Un jour, une collègue infirmière l'initie aux techniques du massage relaxant qui lui permettent de prendre conscience des tensions internes entre son corps et son mental. Elle prend des cours de massage qui lui apprennent « à aborder le corps de l'autre avec plus de douceur ; elle découvre le toucher pathique qui facilite la manipulation des malades ; plus détendue, elle ne transmet plus ses tensions à la personne soignée » (p. 132). Dans la troisième histoire, Denise, ASH, éprouve des difficultés à se situer par rapport aux autres catégories qui travaillent à l'hôpital et fait un « complexe d'infériorité » et « s'enferme dans un mutisme qui finit par nuire à la qualité de ses rapports avec ses collègues et qui gêne aussi sa relation avec le malade. Dans le cadre de la formation continue, un kinésithérapeute de l'hôpital propose des séances de gymnastique volontaire » ; elle « découvre le plaisir de l'effort en commun, de l'activité corporelle à travers le jeu grâce à des cerceaux ou des

mouvements sur de la musique rythmée. Elle s'aperçoit qu'au sein de cette activité ASH, aides-soignantes et infirmières sont sur le même plan face à l'effort ou face à la compréhension et à l'exécution des consignes émises. Ces séances lui permettent de reprendre confiance en elle et surtout de découvrir les joies de la communication simple, directe, authentique et ludique partagée par toutes les personnes présentes. Grâce à cette prise de conscience, les relations au sein de l'équipe de son service s'améliorent et, par ricochet, les échanges avec les personnes soignées deviennent plus chaleureux, plus positifs » (p. 136). Notre quatrième personnage est Marie, une infirmière qui veut « toujours faire le maximum pour le bien de toute l'équipe et de la personne soignée » et « n'arrive pas à prendre de la distance entre son travail d'infirmière et sa vie privée ». « Elle fait un jour la rencontre d'un professeur de Yoga qui lui parle de sa discipline, de la vision du monde qu'elle engendre[85]. Par curiosité, elle décide de se rendre dans la salle pour prendre une leçon [...]. Le Yoga lui enseigne la notion de recentrage, c'est-à-dire la nécessité, régulièrement, de se ressourcer, de prendre soin de soi, d'accepter de recevoir de façon à être plus disponible aux autres, de pouvoir leur donner davantage. Marie ayant développé une plus grande confiance en elle-même et une profonde sérénité, procure désormais, par sa seule présence, un sentiment de sécurité aux malades » (p. 146). Pour finir, la cinquième et dernière histoire met en scène Marie-Odile, une « excellente infirmière » mais qui n'est pas très appréciée par ses collègues et les malades. Une amie d'école d'infirmière pense qu'elle a perdu sa spontanéité en l'entraîne dans une séance d'expression corporelle. « Peu à peu, guidée par l'animateur, elle prend conscience de tous les mécanismes de défense qu'elle a mis en place durant ses années d'exercice en tant qu'infirmière [...]. Par son comportement, Marie-Odile permet aux malades d'exprimer eux aussi leur douleur, leur souffrance, leur crainte face à la maladie. En changeant elle-même, ses rapports avec les autres ont changé » (p. 151).

---

[85] Se sont-ils mariés ensemble, comme les auteurs de ce guide ? L'histoire ne le dit pas. Il n'en reste pas moins que ces histoires ressemblent fort à des contes de fées modernes où la soignante est « la belle au bois dormant » qu'il faut réveiller à elle, la Cendrillon ou la bergère à qui il faut révéler sa propre nature – celle de « princesse » – et où le prince charmant est le professionnel. Ils se rencontrèrent et la soignante eut pleins de relations positives avec les malades, qui prennent ici la place des enfants.

La structure et la logique de ces cinq « contes de fée » modernes est simple et à peu près toujours la même. Une soignante met une grande bonne volonté, voire fait preuve de dévouement dans ses relations avec les malades et parfois avec l'équipe. Mais cela correspond à un idéal naïf, non professionnel et la relation n'est pas source de satisfaction, probablement pour les raisons présentées au début de ce chapitre. Face à cette insatisfaction, la soignante développe des mécanismes pathologiques (repli sur soi, froideur, hyperactivité, etc.) qui ne correspondent pas à sa « vraie nature ». La rencontre et le travail avec un professionnel (psychothérapeute, professeur de Yoga, d'expression corporelle) lui permet de le comprendre et de guérir. De plus, l'énergie qu'il lui apporte et la technique qu'il lui enseigne lui permettent une autre relation avec le malade. Il ne s'agit plus de « simplement » donner de soi sans méthode, d'être plus gentille que compétente, mais d'avoir un travail relationnel fondé sur une véritable technique professionnelle. La relation avec le malade n'est plus source de pathologie mais de plaisir, tout en étant plus professionnelle, plus maîtrisée. Ce message est une sorte de constante dans les discours psychologiques sur la mauvaise fatigue de l'infirmière, notamment les écrits sur l'épuisement professionnel.

Un élément important cette littérature professionnelle sur la gestion du stress et de la fatigue est le contrôle des émotions et des réactions instinctives. On y retrouve donc les thèmes abordés par Norbert Elias à propos de la curialisation des guerriers. Un ouvrage sur la gestion des conflits à l'hôpital, rédigé par un psychosociologue et un psychothérapeute (Michel et Thirion, 1996) explique que la façon dont est vécue une situation dépend de la façon dont le sujet traite les informations. Pour éviter les erreurs de jugement, il faut savoir « prendre du recul […]. Il est donc utile, comme on dit, de maîtriser ses émotions » (Michel et Thirion, 1996, p. 61). Entre les deux attitudes extrême du refoulement des émotions et la soumission aux pulsions instinctives, les auteurs proposent de « pratiquer une autre voie : prendre ses distances avec son émotion, sans s'identifier à elle. Etre à la fois dans ses émotions et au centre de soi-même dans un lieu inaccessible aux aléas des circonstances […] ; être acteur et spectateur : en n'étant pas totalement identifié à ses émotions, on peut les explorer jusqu'à leur terme et mieux en tolérer l'expression chez les autres » (Michel et Thirion, 1996, p. 63 et 64). Cette recherche

d'un difficile équilibre entre engagement et distanciation (Elias, 1993) dans la relation au malade est au centre des théories psychologiques sur le *burn out*.

Le burn out et le mythe de l'infirmière idéale

Le *burn out* est un concept élaboré essentiellement par des psychologues et qui a connu un grand succès parmi les soignants. Les raisons de ce succès relèvent, pour une part, d'une double homologie : homologie de position au sein des professions médicales entre le psychologue et l'infirmière et homologie entre les ambiguïtés professionnelles qui touchent l'infirmière et les termes dans lesquels est décrit et expliqué le syndrome. La première homologie doit se comprendre à travers la position commune face au médecin. Les infirmières et plus encore les psychologues, doivent, pour se forger un rôle bien à eux à coté du médecin, dégager une « juridiction » qui leur serait propre, mettre en avant une vision élargie de la santé, faisant une place importante aux facteurs psychologiques et relationnels de la maladie plutôt qu'à ses aspects physiologiques et organiques. Dans tous les entretiens réalisés, la sympathie pour les explications psychosociales de la maladie est évidente. La même constatation a été réalisée par Anne Véga (1995) dans son étude sur les représentations des infirmières en matière de santé. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les infirmières s'appliquent à elle-même ce schéma de pensé et expliquent leurs problèmes en termes d'usure psychologique.

La deuxième homologie est beaucoup plus importante. Le *burn out* indique, en négatif, le droit chemin entre les deux écueils qui guettent l'infirmière : une trop forte implication émotionnelle dans la souffrance des malades et des familles, d'une part, et une perte de toute compassion envers la souffrance, d'autre part. Le discours des professionnels de santé mentale sur l'équilibre psychologique et le discours sur la professionnalisation de l'infirmière se rejoignent. La théorie du *burn out* apporte alors aux infirmières des services une réponse, au moins sur le papier, aux contradictions et aux problèmes liés à la relation avec le malade et à la position de l'infirmière parmi les professions de santé. Le *burn out*, tel qu'il a été défini par les psychologues américains (Maslach, Jackson, Perman, Hartman...) est une réponse à des « stress émotionnels chroniques » dont les dimensions principales sont « l'épuisement

émotionnel, la déshumanisation de la relation et le manque d'accomplissement personnel professionnel » (cité dans Canoui, 1996). Le *burn out* porte donc un double message : le soignant doit savoir se protéger contre « les stress émotionnels » et cela pour éviter ce qui constituerait une perversion de sa vocation professionnelle : une déshumanisation de sa relation au malade.

La déshumanisation est décrite comme « un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le patient est considéré comme une chose, un cas ou un numéro de chambre. L'individu est réifié (réification de l'autre). Cette mise à distance de l'autre va se stigmatiser par des petits signes qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. Il peut s'agir de l'usage abusif et trop constant d'une sorte d'humour grinçant ou noir qui devient mode d'échange par trop habituel. C'est parfois une description tellement scientifique du corps malade que l'analyse des différents organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de personne et ne permet plus à l'interlocuteur, le patient, la famille, de comprendre quel est le pronostic que l'on espère ou que l'on redoute. Les propos déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme » (Canoui, 1996, p. 19). Cette description par le clinicien d'un « état pathologique » ressemble fort, en fait, aux critiques rituelles que l'infirmière adresse au médecin. Une surveillante chef de l'hôpital Max Fourestier explique ainsi : « Nous, notre formation nous fait prendre le malade en charge dans sa globalité, alors que le médecin et plus certainement encore le chirurgien, lui il voit un organe qui est malade, mais ne cherche pas à comprendre dans quel contexte cet organe est malade et comment ce malade le vit. » De même, une infirmière de 50 ans[86] raconte : « Le médecin, quand il passe au lit du malade, c'est tout juste si il dit "bonjour monsieur", mais après ce n'est plus que le dossier. C'est toujours... il y a des médecins qui sont autrement, mais on parle du dossier, des examens devant le malade qui ne comprend rien les trois quarts du temps parce que c'est des termes techniques. » Par rapport au médecin, la compétence propre de l'infirmière serait donc de savoir faire ce travail relationnel que ne saurait pas faire le médecin. Une bonne professionnelle ne doit donc pas tomber dans la

[86] Infirmière dans une crèche, ayant travaillé 16 ans à l'hôpital, entretien réalisé par Anabela Tavares, maîtrise AES.

déshumanisation qui lui ferait perdre sa singularité par rapport au médecin. Mais elle ne doit pas non plus être trop proche non plus de la sensibilité profane, car alors elle ne serait plus capable de faire son travail dans de bonnes conditions pour elle et pour le malade.

Se protéger contre les stress émotionnels c'est trouver la « bonne distance » pour éviter la relation fusionnelle qui conduirait le soignant à prendre pour lui la souffrance de l'autre mais également pour éviter la déshumanisation qui en résulterait à terme, après la crise de *burn out*. Par exemple, dans le service de réanimation pédiatrique étudié par le psychiatre Pierre Canoui[87] (1996, p. 114), « les attitudes, les manières de réagir des parents peuvent générer des phénomènes identificatoires ou contre-transférentiels qui vont influer sur la relation du soignant avec l'enfant en les empêchant de trouver la bonne distance. Il s'agit là d'un problème plus complexe. Lors des entretiens nous avons souvent entendu des soignants associer très rapidement une difficulté ou un attachement particulier envers un enfant et/ou sa famille avec un souvenir personnel. C'est le rappel du souvenir de la mort d'un frère ou d'un ami à l'occasion d'une réanimation d'un adolescent victime d'un accident de la voie publique. » Là encore, le « mal » vient d'une séparation jugée insuffisante entre le « moi personnel » et le « moi professionnel ».

Pour éviter ce risque, il faut transformer la relation affective en relation professionnalisée reposant sur une mise à distance de la souffrance du malade et de la famille ainsi que sur la mise en place de protocoles précis. C'est la méthode que propose Pierre Canoui pour aider les soignants du service de réanimation pédiatrique à faire face à la mort (p. 125) : « Il fallait penser le problème de la mort de l'enfant de façon à ce que les patients ne s'épuisent pas lors de ces deuils répétés. Pour cela, il fallait considérer la mort de la même manière et avec autant de précision et de rigueur que si l'on abordait un syndrome ou une maladie nouvelle, de façon à ce que la prise en charge soit pensée presque selon un plan de soin ou un protocole intégrant toute l'équipe médicale. » La professionnalisation de la mort vise donc à transformer ce qui pourrait être vécu comme une situation d'impuissance et de

[87] Pierre Canoui est co-responsable d'un groupe de travail sur l'épuisement professionnel, soutenu et subventionné par l'AP-HP (voir chapitre 4).

souffrance individuelle en une situation où chaque catégorie de soignant a une tâche précise à réaliser en vue d'un objectif positif : atténuer la détresse de la famille. Cette dernière est ainsi érigée au rang de « syndrome » sur lequel le travail des soignants est censé avoir prise. « En redonnant à la famille sa place, les soignants pouvaient garder leur rôle d'accompagnants et prendre une meilleur distance avec leurs émotions » (p. 125). Le programme de travail qui est proposé pour atteindre ce résultat repose sur la concertation entre les équipes médicale et soignante lors des décisions d'arrêt thérapeutique, l'information et la clarté avec les parents au sujet de la situation de l'enfant pour replacer la famille en position d'acteur et non de spectateur extérieur, et surtout la mise en place d'un « rituel de fin de vie » (demander aux parents s'ils veulent assister au décès, se préoccuper des formalités religieuses correspondant aux croyances des malades[88], techniques d'éloignement et de soutien des parents...). Comme l'écrit Pierre Canoui (p. 137), « dans l'itinéraire du service, l'introduction de modes d'accompagnement que nous avons décrits constitue une forme de ritualisation de la mort. Ces rituels laïques et religieux sont un compromis face à la frustration et l'angoisse de la mort. Ils permettent d'accepter l'inéluctable, de faire quelque chose de positif vis-à-vis de la famille, de ne pas rajouter au néant de la mort le vide de l'inaction. Ils sont une sorte de création d'un espace transitionnel permettant d'entrer dans le travail de deuil aussi bien pour la famille que pour l'équipe. Au delà de la mort, les soignants peuvent ainsi faire le bien à autrui et donc à eux-mêmes. »

Pour faire face à « l'épuisement émotionnel » que pourrait provoquer la souffrance des malades et de la famille, la théorie du *burn out* propose pratiquement au soignant de se rapprocher du rôle du médecin : traiter la mort comme une « maladie », participer aux décisions de l'équipe médicale, mettre en place des gestes techniques qui permettent de « prendre de la distance » pour ne plus « prendre sur soi ». On est alors ici très proche des pratiques qui étaient dénoncées sous le terme de « déshumanisation ». C'est

---

88 Anne Véga (1995) a montré que les savoirs mobilisés ou invoqués par soignants pour prendre en compte les différences culturelles liées à l'origine (géographique, sociale) des patients se limitait le plus souvent à des connaissances sur les principales pratiques et conceptions de grandes religions. Les entretiens réalisés à Nanterre et à Laënnec confirment ce point. De cette façon la pratique relationnelle est ramenée à une sorte de savoir technique.

dire que le discours sur le *burn out* indique au soignant un chemin étroit, si ce n'est mythique, entre le surinvestissement et le sous-investissement affectif. Les risques de s'en écarter sont donc élevés et si les déviants doivent être stigmatisés, ils ne peuvent pas être totalement rejetés. Il faut les soigner, les aider, c'est-à-dire les éduquer[89].

Si la reconnaissance d'une maladie par le médecin est bien une façon de désigner une déviance, il s'agit d'une forme de déviance particulière car, en principe, la personne malade est dégagée de toute responsabilité quant à la survenue de la maladie. Le discours médical sur ce qui est considéré comme une déviance permet donc d'énoncer une norme tout en évitant d'exclure ceux ou celles qui la transgressent (comme pourrait l'être un « délinquant »). Pierre Canoui, explique ainsi (1996, p. 7) : « Quand nous avons découvert l'existence du concept de *burn out syndrome*, il nous a paru intéressant de l'étudier. Rapidement, comme outre Atlantique, le mot a été adopté par des soignants qui ont trouvé en lui une sorte de reconnaissance et de légitimité pour parler de leurs difficultés et de leur souffrance. En même temps, avec ce mot, il devenait possible d'aborder le soignant dans sa fonction, dans sa personnalité sans être suspecté de vouloir le déstabiliser, ou le remettre en question. Il lui devenait possible de parler de ses propres difficultés sans risquer d'être étiqueté d'être un mauvais professionnel. Le *burn out* permettait ainsi de parler de l'indicible, un aspect caché et parfois si douloureux du métier. » Parler en terme de maladie est un moyen de permettre un discours critique sur l'ordre des choses sans menaces sérieuses pour ce dernier. Un double discours potentiellement contradictoire coexiste sans que cela pose de problèmes majeurs : pour les infirmières dans les services, le discours sur la fatigue et le stress est un moyen d'exprimer un malaise, une souffrance et d'affirmer publiquement le don de soi que fait l'infirmière dans son travail. Pour certains cadres infirmiers, par contre, les théories psychologiques sur le stress ou l'épuisement professionnel et sur les moyens de les prévenir, constituent une ressource dans leur stratégie de professionnalisation du métier d'infirmière.

---

89 « Un des problèmes rencontrés a été de savoir comment faire passer dans le quotidien ce qui n'était acquis que pour les participants du groupe de réflexion [sur l'épuisement]. Une meilleure diffusion des réflexions du groupe à l'ensemble des services est apparue indispensable » (Canoui, 1996, p 139).

Les discours sur le stress et la fatigue sont alors un moyen de « perfectionner » l'infirmière tout en faisant des difficultés, liées à la fonction et à la position professionnelle, des problèmes personnels à régler au niveau individuel grâce à l'apprentissage de techniques. Le stress et la fatigue deviennent alors le simple résultat d'une séparation insuffisante entre vie privée et travail, signe d'une professionnalisation incomplète. Dans certains cas extrêmes l'infirmière est présentée comme à l'origine de sa propre fatigue. Parmi certains cadres infirmiers traîne l'idée que la plupart des problèmes de souffrance psychique des infirmières viendraient de ce que celles-ci chercheraient, dans leur investissement au malade, à résoudre des problèmes personnels. Trois des neuf cadres rencontrés lors de l'enquête ont évoqué cette idée. De même, dans un livre sur les raisons du choix de la profession (Wenner, 1988), une Infirmière Générale explique que la notion de vocation serait liée à « une volonté inconsciente de réparation » de la part de la soignante qui voudrait trouver dans sa relation avec le malade une compensation à « une chose vécue comme un échec, le plus souvent dans la relation avec le père ». Ne pouvant pas trouver dans la relation au malade ce qui lui a manqué dans son histoire passée, l'infirmière risquerait au contraire de rééditer les mêmes échecs et ainsi de renforcer sa culpabilité et sa souffrance. Isabelle Conseil (1988), une psychanalyste ayant eu une courte pratique auprès de soignants, va encore plus loin : dans un livre intitulé *La personnalité de l'infirmière* elle présente (dans des termes qu'un lecteur peu au fait des termes psychanalytiques pourrait prendre pour injurieux) le choix de la profession comme une sorte de maladie mentale. Dans ce type d'analyse, la souffrance de l'infirmière n'est plus une question d'organisation du travail ou d'effectifs mais un problème de professionnalisation. Cette présentation des choses, que rejettent les médecins du travail qui se sont intéressés à ces problèmes, n'est pourtant pas dénoncée par les infirmières qui ne voient généralement dans le discours sur le *burn out* qu'une reconnaissance implicite de leur souffrance et de leur investissement personnel. Le discours sur l'épuisement professionnel agit donc comme un mythe qui permet de gérer les décalages et les contradictions entre l'idéal et une réalité qui rend problématique la réalisation de cet idéal. Si la théorie psychologique de l'épuisement professionnel correspond si bien aux besoins de gestion individuelle et collective des problèmes de

souffrance morale des soignants, c'est parce qu'elle ne fait que formaliser, notamment à travers la procédure des tests, la subjectivité des infirmières et des cadres infirmiers et le cadre d'analyse individualisant de la psychologie.

La construction de l'épuisement professionnel

Pierre Canoui écrit à propos du *burn out* (1996, p. 7 et 17) : « Nous sommes encore face à un concept-valise ou fourre-tout capable de recueillir toutes les revendications du monde de la santé. Comme les définitions psychologiques et psychiatriques du syndrome restent floues et controversées, nous risquions, comme l'écrivait D. Scarfone, d'avoir affaire au fameux couteau sans manche dont ont aurait égaré la lame [...]. Avec le désir de mesurer le *burn out*, les définitions vont se multiplier, délimitant un concept aux contours moins flous. On note là une des particularités du *burn out* : le syndrome se dessine en même temps que s'élaborent des instruments de mesure. Parmi les outils d'évaluation élaborés, deux semblent particulièrement utilisés par les chercheurs. Il s'agit du *Tedium Measure*, devenu *Burn out Measure*, B.M., de Pines et Aronson (1988) et du *Maslach Burn out Inventory*, M.B.I., de Maslach et Jackson (1981, 1986). » En plus de ces deux méthodes, Pierre Canoui fait référence à sept autres méthodes utilisées dans les pays anglo-saxons. Enfin, pour « mesurer » les différents facteurs intervenant dans le processus de *burn out*, il va mobiliser pas moins de trente échelles de mesure différentes (échelle de mesure du stress, des ressources psychologiques, de la satisfaction au travail, de la dépression, tests de personnalité, etc.). Cette multiplication de tests statistiques a pour but d'objectiver des états subjectifs afin de pouvoir, comme l'écrit Pierre Canoui, « convaincre ceux qui décident et ne vivent pas le problème directement » (p. 52). L'exemple du MBI permet d'illustrer deux implications importantes de l'utilisation des tests psychologiques dans l'objectivation de la mauvaise fatigue : tout d'abord le fait que les tests sont composés de mesures essentiellement subjectives et ensuite que les tests ne sont pas une simple mesure de la « réalité » du syndrome étudié mais contribuent au contraire grandement à lui donner sa forme et ses caractéristiques. Un des tests les plus utilisés pour la mesure du *burn out* est le « *Maslach Burn-Out Invotory* » (MBI) destiné à évaluer le niveau « d'épuisement professionnel ». Pratiquement

toutes les études françaises sur l'épuisement émotionnel ont utilisé le MBI comme instrument de mesure du phénomène. Dès lors, ce test a joué un grand rôle dans la façon dont est conçu et appréhendé ce phénomène. Il est donc important de comprendre ce qu'est réellement cet instrument.

Le MBI comporte 22 « questions-affirmations » (ou items) avec à chaque fois 6 degrés de réponse possibles : « Jamais » ; « Quelques fois par années ou moins » ; « Une fois par mois ou moins » , « Quelques fois par mois » ; « Quelques fois par semaine » et « Chaque jour ». Même si la différence entre la deuxième et la troisième réponse n'est pas très claire, cette échelle de réponse semble donner l'impression d'une mesure excluant toute part de subjectivité dans la réponse. Pourtant, toutes les affirmations proposées nécessitent une, voire plusieurs, évaluations subjectives, de la part de la personne interrogée, de la situation dans laquelle elle se trouve et/ou de son état psychologique. Voici, à titre d'illustration quelques une de ces affirmations : « Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail » ; « Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts » ; « Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades » ; ou encore, « Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades ». Dans ce dernier cas, par exemple, il est d'abord nécessaire de définir ce qu'est « être proche de ses malades » ; cela n'a rien d'évident. Peut-on comparer, de ce point de vue, la situation d'une infirmière en réanimation à celle de ses collègues en pédiatrie ou en long séjour de gériatrie ? Dans chacun de ces services, la question des relations avec les patients se pose de façon spécifique ; de même une jeune infirmière ou une infirmière plus expérimentée n'attendent pas nécessairement la même chose de leurs rapports avec les malades. Ensuite, il est évident que l'expression « se sentir ragaillardi(e) » recouvre un sentiment parfaitement subjectif. Le même travail de déconstruction pourrait être fait pour les 22 « questions-affirmations » du MBI. Pourtant, à partir des réponses à ces « questions-affirmations » est fixé un seuil à partir duquel la personne interrogée peut « obtenir un score élevé de *burn out* ». En toute rigueur, il faudrait toujours dire, lorsque l'on utilise des résultats obtenus à partir de ce type de test : telle étude a donné tel score à l'échelle MBI. Or, bien souvent, quand les résultats sont diffusés, ils sont présentés de la façon suivante : « Une étude a

montré que 25% des infirmières souffraient du *burn out* ». Le sentiment subjectif d'épuisement des infirmières a ainsi été « objectivé » par l'instrument statistique et les commentateurs font ensuite comme si le *burn out* existait en dehors du test utilisé pour l'évaluer. Comme l'écrit la psychologue Noëlle Girault-Lidvan (1996, p. 36) : « A l'évidence, le MBI constitue la méthode d'évaluation du *burn out* la plus fiable et la plus adaptée à un usage de recherche généralisé. Conçue pour les professions d'aide, elle permet d'étudier le *burn out* d'un point de vue épidémiologique en définissant des sous groupes à risques auprès desquels il importe d'intervenir pour le réduire et/ou le prévenir. »

Si le MBI ne fait qu'objectiver « en apparence » l'épuisement subjectif des soignants, il a aussi pour effet « d'objectiver » la subjectivité du chercheur lui-même ou plutôt ses choix épistémologiques implicites. Le MBI a ainsi fortement contribué à la définition du *burn out* lui-même comme syndrome à trois dimensions : l'épuisement ou l'assèchement émotionnel (la personne n'a plus « l'énergie » pour faire son travail) ; la dépersonnalisation de la relation (le professionnel ne se sent plus concerné par sa mission et ses patients) et un sentiment de non accomplissement (impression que le travail n'est pas efficace) (Neveu, 1995). Pour les défenseurs du MBI, il ne fait pas de doute qu'il s'agit là de la vraie nature du trouble et non de l'effet de l'instrument d'évaluation. Ainsi, pour Noëlle Girault-Lidvan, déjà citée, « l'excès de subjectivité que traduit l'existence de conceptions multiples et floues du *burn out*, en entraînant une généralisation abusive de l'étendue et de la portée du syndrome, risque de faire perdre de vue le fait qu'il constitue un processus particulier de distanciation par rapport au travail et aux personnes impliquées dans la relation professionnelle, en réaction à la charge émotionnelle, à la responsabilité perçue et à l'incertitude de résultats caractéristiques de certains contextes ». Autrement dit, le MBI, en mettant en évidence ces dimensions, aurait permis de sortir des analyses subjectives de la question. Or ce raisonnement possède une certaine logique tautologique : le MBI a été construit spécifiquement pour explorer les trois dimensions qui pour Maslach constituent le *burn out*. Les 22 items sont divisés en trois groupes correspondant aux dimensions en question. Le MBI ne peut donc que « mesurer » cela et pas autre chose. Cela n'a pas de sens de dire que les études réalisées avec le MBI mettent en

évidence le rôle central de ces trois dimensions dans le *burn out* puisque les autres dimensions possibles du problème sont écartées d'office et ne sont pas prévues dans le test.

Une analyse plus précise permet de clarifier cette idée. Dans la théorie du *burn out* des soignants, la question de la dépersonnalisation des rapports avec le patient et du manque de satisfaction professionnelle qui en découle joue un rôle central dans « l'épuisement professionnel ». Une telle représentation est très fortement liée aux études réalisées avec le MBI. L'épuisement professionnel est « mesuré » par un score élevé au trois dimensions définie par Maslach, il est donc logique qu'il y ait une corrélation entre la dépersonnalisation et le non accomplissement d'une part, et l'épuisement global d'autre part, dans la mesure où les deux premiers sont des composantes du troisième. Par ailleurs, l'orientation donnée par les items proposés contribue à forger le visage de ce qui sera décrit sous l'étiquette *burn out*. Ainsi, sur les 22 items, 11 concernent directement la question du travail relationnel et la satisfaction qui en est retirée. Il s'agit, par exemple, des affirmations suivantes : « J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades » ; »Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail » ; ou encore « Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets ». Les réponses « Chaque jour » aux deux derniers items et « Jamais » au premier ont pour effet d'augmenter le score de *burn out*. Il est donc normal que la « dépersonnalisation » soit corrélée au score ainsi obtenu et le MBI ne l'a pas « démontré ». Si les items liés à la relation au malade occupent la moitié du test, il n'y a aucune question sur le manque d'effectif ; thème qui pourtant revient aussi souvent dans les entretiens que la question des rapports aux malades. On peut alors imaginer que si 11 questions sur 22 étaient consacrées à ce thème, les études sur le *burn out* « montreraient » qu'il s'agit d'une maladie du manque d'effectif. D'autres tests, comme le *Nursing Stress Scale* (NSS) abordent d'ailleurs timidement cette question (1 item sur 34). Finalement, la dimension arbitraire de ce type de test conditionne le résultat obtenu et plutôt que de révéler une maladie qui existerait en dehors des instruments de mesure, ces tests ont plutôt pour effet d'objectiver les présupposés des chercheurs et, de façon partielle, les représentations des populations étudiées. Le fait de penser la question comme le résultat d'une relation à l'autre mal

vécue découle en fait fortement de la vision du monde que véhicule le savoir psychologique. Le MBI risque alors de n'être qu'un outil d'autoconfirmation du savoir psychologique[90]. On pourrait dire que le MBI a pour effet d'escamoter, comme le ferait un prestidigitateur ou un illusionniste, c'est-à-dire sans la faire disparaître « réellement », la subjectivité des infirmières et celle des chercheurs[91]. Pourtant, la vision des choses mise en ordre par le MBI et le savoir psychologique contribue fortement à structurer les représentations de la fatigue à l'hôpital. Comme les typologies, les tests psychologiques ont le pouvoir social de créer les savoirs et les catégories sur lesquels les acteurs font reposer leur vision du monde, c'est-à-dire de construire la réalité sociale.

Le burn out de l'infirmière est-il le burn out du travailleur social ?

La théorie du *burn out* a été forgée, à l'origine, spécifiquement pour les soignants à l'hôpital[92]. Elle représente et conceptualise ainsi les problèmes relationnels et identitaires de ce groupe professionnel. Le *burn out* pourrait, à ce titre, être considéré comme une maladie *ad hoc*, adaptée spécifiquement au fonctionnement social de cette catégorie. C'est probablement de cette façon qu'il faut comprendre le succès de cette notion parmi les soignants. Mais les spécialistes du *burn out* considèrent généralement que ce syndrome concerne de façon plus générale toutes les professions d'aide. Pour vérifier hypothèse selon laquelle le succès des théories sur l'épuisement professionnel est dû à sa capacité à s'adapter aux enjeux spécifiques à une catégorie

---

90 Les utilisateurs de ces tests estiment parfois que le fait de mettre en œuvre des tests différents dans une même étude permet d'éviter les risques d'arbitraire liés à la construction de tel ou tel test. Mais si tous les tests utilisés sont construits à partir de présupposés théoriques similaires, ce qui semble souvent le cas, la difficulté n'est en rien contournée.

91 Plutôt que de vouloir à tout prix supprimer la subjectivité de la fatigue, ce que ne font pas les tests comme le MBI, il serait probablement préférable de la prendre au sérieux et de chercher à en expliquer les mécanismes ; c'est l'approche qui est privilégiée dans ce livre.

92 Le besoin d'une interprétation pour les souffrances liées à un travail de soin n'est pas nouveau. Il faut rappeler ici le rôle important joué par le personnel hospitalier dans l'histoire de la fatigue-maladie (SFC, *burn out*, etc.). De même, Florence Nightingale, une des figures de proue de la pensée infirmière, est également connue pour avoir été une neurasthénique.

professionnelle, il serait intéressant de comparer les discours sur le *burn out* des infirmières et celui des travailleurs sociaux. Ces derniers étant confrontés à des enjeux sociaux pour une part différents, leur approche du phénomène devrait alors être également différente.

Les plaintes exprimées par les travailleurs sociaux[93] à propos de la pénibilité psychique de leur travail diffèrent légèrement de celles exprimées par les infirmières. Quelques grands thèmes peuvent être signalés. Le premier d'entre eux peut se résumer dans l'expression suivante d'une assistante sociale : « Nous sommes le réceptacle de la misère du monde. » Etre en première ligne dans l'observation des dégâts provoqués par la crise économique et la montée du chômage est considéré comme moralement usant, d'autant plus que les travailleurs sociaux se sentent souvent bloqués dans leur action par des événements qu'ils ne maîtrisent pas. La demande qui leur est adressée est perçue comme excédant leurs capacités réelles ou encore comme trop liée à des logiques qui ne sont pas celles du travail social, par exemple les impératifs politiques : « Au moment des élections, on a des consignes de faire de l'aide aux personnes âgées. » Face à cette demande publique insatisfaisante, les travailleurs sociaux se plaignent également de « l'inertie », de « l'apathie », du « manque de motivation » des personnes aidées. Remotiver sans cesse les bénéficiaires des services sociaux userait la motivation des travailleurs sociaux. A la différence des infirmières, les travailleurs sociaux se plaignent moins des relations conflictuelles avec leurs « clients ». Pourtant celles-ci existent au moins autant dans les services sociaux que dans les hôpitaux, mais elles ne semblent pas, dans le premier cas, être vécues comme une source importante de souffrance au travail. De façon symétrique, les remerciements et les marques de gratitude de la part du public sont beaucoup moins souvent signalés comme sources de satisfaction par les travailleurs sociaux que par les infirmières. Tout se passe en fait comme si les travailleurs sociaux, contrairement aux infirmières, avaient intériorisé, sinon accepté, la représentation de leur travail en tant

[93] Les analyses présentées dans le paragraphe suivant sont réalisées à partir d'une quinzaine d'entretiens réalisés en 1996, 1997 et 1998 par les étudiants de maîtrise AES autour du thème du « malaise des travailleurs sociaux ». Une première présentation de ce paragraphe a également été discutée lors d'un cours destiné à des étudiants de DSTS, tous cadres de services sociaux, ce qui a permis de préciser certaines hypothèses.

que travail de normalisation et de contrôle social. En se sens, l'agressivité éventuelle des bénéficiaires n'est plus perçue comme une anomalie incompréhensible mais s'inscrit dans un rapport institutionnel qui en explique les formes. D'autre part, à l'hôpital, chaque profession cherche à montrer le rôle joué dans le travail thérapeutique, alors que les travailleurs sociaux n'ont pas à se distinguer du médecin et n'ont pas à montrer qu'ils jouent un rôle dans le succès de leurs interventions. Ils sont en effet les intervenants principaux. Dès lors, le résultat de leur travail propre est plus objectivable et ils sont moins dépendants de la reconnaissance de leurs « clients », d'autant plus que ces derniers sont souvent disqualifiés socialement. La principale souffrance exprimée résulte donc de la conjonction d'une demande publique non satisfaisante et de la difficulté à faire changer la situation de ceux à qui ils s'adressent.

Si les éventuels conflits avec les « clients » semblent donc moins importants pour les travailleurs sociaux, ce qui pose problème pour eux est cette situation de « double contrainte » dont ils se sentent victimes. Dans un article d'une revue professionnelle sur le *burn out*, on peut ainsi lire : « Les travailleurs sociaux, confrontés aux difficultés grandissantes des usagers (crise du logement social, chômage, pauvreté, violence), disposent de moins en moins de réponses. Dans le même temps, les élus, les autorités de tutelle veulent des résultats qui justifient les sommes engagées.[...] Coincés sur le terrain, les professionnels pourraient attendre une aide de leurs institutions mais les contraintes de ces dernières ne permettent pas toujours de prendre en charge les salariés fatigués. Le travailleur social ne doit pas faiblir car il mettrait l'institution en danger. Relations hiérarchiques, contraintes budgétaires, missions à remplir : tout concourt à entretenir le silence »[94] (Vachon, 1993). Cette situation provoquerait usure et insatisfaction dans le sens où elle obligerait les travailleurs sociaux à un « bricolage permanent » peu favorable à l'élaboration de véritables normes professionnelles (« c'est rageant de faire ce boulot parce que toi tu es convaincu, tu as des idées, mais de toutes

[94] Il s'agit de la version « actuelle » de l'idée de double contrainte du travail social. Dans les années 1970, cette idée était plutôt caractérisée par la contradiction entre une demande explicite d'aider les personnes en difficulté à retrouver une certaine autonomie sociale et une demande implicite de contrôle social sur les usagers afin que ceux-ci ne remettent pas en cause leur position dominée.

façons tu ne peux pas les faire avancer. C'est pas satisfaisant parce que tu bricoles de ton côté » ; « Tu peux interroger dix personnes qui te diront des choses différentes. Il n'y a rien dans ce métier, en fait »).

Or, cette idée de double contrainte constitue justement le centre théorique des principales analyses françaises du *burn out* des travailleurs sociaux (par exemple Logeay *et al.*, 1992 ou Martin *et al.*, 1993). Par rapport aux écrits sur l'épuisement et le stress professionnel des infirmières, ceux consacrés aux travailleurs sociaux insistent plus sur les facteurs macro-sociaux et organisationnels et moins sur les aspects individuels du problème. D'ailleurs le terme de stress est assez peu utilisé dans ce contexte professionnel et la médicalisation et la psychologisation y sont parfois dénoncés. Cela se retrouve dans la qualité même des auteurs : les psychologues cliniciens y sont moins nombreux et les sociologues ou psychosociologues sont plus représentés ; de même, on y retrouve des psychiatres ou des ergonomes proches de la « psychodynamique du travail », approche laissant une place aux aspects collectifs. Le principal point commun entre les études sur les infirmières et celles sur les travailleurs sociaux est la question de la professionnalisation. Un cadre de services sociaux explique ainsi que « la remotivation des travailleurs sociaux passe par la valorisation de leur place dans l'institution et de leur appartenance à un corps professionnel reconnu au sein de la société » (cité dans Vachon). L'usure des travailleurs sociaux, pour d'autres auteurs, doit aussi être pensée comme une incitation à briser les anciennes mentalités, à multiplier les expériences professionnelles, à réfléchir et écrire sur sa pratique, bref, à se professionnaliser. La dynamique de médicalisation, sous une forme particulière, se fonde sur la rencontre entre une approche psychomédicale particulière (l'étude psychologique du stress pour les unes, l'étude psychosociale des contraintes institutionnelles pour les autres), portée par une catégorie spécifique de professionnels (les psychologues cliniciens contre les psychologues sociaux) et un groupe que ses représentations et son idéologie professionnelle propre incitent à se reconnaître dans l'analyse qui est proposée de ses problèmes. Pour les infirmières, l'approche psychologique clinique ou l'approche psychanalytique individuelle, centrée sur la question de « *la juste distance au malade* » correspond bien à leur idéologie professionnelle construite autour de la relation au malade. Les

travailleurs sociaux, quant à eux, se sont montrés plus sensibles à l'idée de « *double contrainte institutionnelle* » qui correspond à des interrogations anciennes dans cette catégorie professionnelle : réflexion sur la fonction sociale du travail social. Dans les deux cas, la question de la professionnalisation est centrale. Elle prend place dans des configurations d'interdépendances de plus en plus complexes (technicisation de l'hôpital, éclatement des métiers du social) qui poussent les « professionnels » à promouvoir dans leurs pratiques un plus grand souci de distanciation et un moindre engagement personnel (les travailleurs sociaux deviennent ainsi de plus en plus des gestionnaires ou des coordinateurs d'autres catégories). Dans tous les cas, il s'agit de professionnaliser, c'est-à-dire de rationaliser voire de techniciser la relation aux usagers et de fonder un corps de connaissances professionnelles capable de guider l'action et libérant le professionnel des pressions et contraintes diverses. Mais chaque catégorie donne ses propres priorités dans la réalisation de ces deux objectifs : alors que les infirmières insistent plus sur le premier point, la professionnalisation de l'acte relationnel, les travailleurs sociaux mettent plutôt l'accent sur le second, le refus des empiétements extérieurs.

Chapitre IV
Mauvaise fatigue et régulation des conflits au travail

La grande « force » cognitive des notions de stress ou de mauvaise fatigue, comme tous les problèmes définis sur un registre « médical », est de déplacer le regard d'un niveau collectif à un niveau individuel ; le problème devient alors « gérable » sans transformation structurelle d'envergure. Plusieurs exemples permettent d'illustrer ce phénomène. L'historien anglais Figlio (1982) a montré comment la détresse des mineurs britanniques, provoquée, dans la deuxième partie du XIXe siècle, par les transformations dans l'organisation du travail, la discipline accrue, la mécanisation et les cadences accélérées, avait pu être gérée par la transformation de ce « mal-être » (*illness*) en maladie reconnue par la médecine (*disease*) : dès 1860 une nouvelle entité pathologique, le nystagmus[95] du mineur, est décrite par les médecins qui l'associent à l'introduction des lampes de sécurité ; cette interprétation transforme alors la détresse sociale en un simple trouble physiologique, même si aucune explication physiopathologique n'a pu être mise en évidence, malgré les tentatives des médecins en ce sens. Les symptômes de cette maladie étaient, outre les mouvements oculaires, les maux de tête, des vertiges, une humeur dépressive, un mauvais sommeil et des cauchemars nocturnes. Le nystagmus du mineur est rapidement devenu la maladie professionnelle des mineurs la plus indemnisée jusqu'aux années 1950, qui voient la disparition de cette entité. Pour Figlio (1982), l'histoire de cette maladie traduit en fait l'affrontement du capital et du travail et constitue le moyen par lequel la société y a fait face. Le système assurantiel, en faisant de la maladie une incapacité à travailler a déplacé en effet la

[95] Le nystagmus est une secousse involontaire des globes oculaires liée le plus souvent à une fatigue visuelle.

négociation sociale et politique sur le terrain de la compensation, ouvrant ainsi la voie à un compromis possible.

Pour les sociologues critiques de la médecine[96], la médicalisation des problèmes de santé au travail revient à faire porter sur la victime des mauvaises conditions de travail une part de la responsabilité des malheurs qui lui arrivent (*blaming the victim*) et à masquer les effets négatifs globaux du mode de production. Plusieurs stratégies de ce type peuvent être distinguées : ne voire dans la maladie qu'un trouble organique ou psychique individuel ; faire du problème la conséquence d'une négligence ou de l'incompétence du salarié qui n'aurait pas, par exemple, respecté les consignes de sécurité ; ou encore qualifier l'individu de simulateur en catégorisant son trouble sous l'entité « sinistrose ». Le programme de gestion du stress serait une des dernières manifestations de ce mécanisme (Williams, 1992) : alors que les agents stresseurs trouvent leur origine dans l'organisation du travail, les techniques de gestion du stress se focalisent sur la façon dont l'individu parvient ou non à faire face (le *coping* des psychologues). L'exemple des infirmières permet d'illustrer cette idée. De même, pour les sociologues critiques, évoquer l'identité machiste des ouvriers masculins pour expliquer une prise de risque à l'origine des maladies et des accidents professionnels est une façon de « culpabiliser la victime » (Williams, 1992). Il est certain que cette identité est la conséquence des conditions sociales de travail et de vie et qu'elle correspond à une adaptation à un environnement de travail dangereux. Mais ce genre d'approche permet mal de rendre compte des stratégies des ouvriers qui souhaitent malgré tout avoir une image positive d'eux-mêmes ou des « malades » qui souhaitent voir reconnaître leur problèmes. Ceux-ci apparaissent, dans la vision critique, comme étant « manipulés ». Si dans certains cas il est possible de parler de manipulations cognitives servant certains intérêts particuliers, la situation n'est pas toujours aussi évidente.

La régulation d'une société complexe dans laquelle cohabitent une pluralité d'intérêts et même de valeurs (Kuty, 1998) nécessite de plus en plus la constitution de « consensus de composition [...] qui résultent de l'action des individus, même si la cohésion de

[96] Pour une présentation synthétique de ces travaux, voir Williams (1992, chapitre 7) ou Good (1998, chapitre 2).

l'ensemble n'est pas du tout le but que se proposent explicitement et principalement les acteurs individuels » (Boudon et Bourricaud, 1990, p. 112). Les notions de stress et de mauvaise fatigue favorisent ce genre de compromis pour au moins deux raisons : tout d'abord, leur définition extensible et malléable en fait de bons outils pour l'invention cognitive tandis que leur dimension médicale permet de penser les problèmes d'intégration globale de la société comme des questions essentiellement de dysfonctionnements individuels sur lesquels il est possible d'agir. Bruno Jobert (1985, p. 315) remarque que « l'idée de compromis social peut s'envisager selon deux dimensions distinctes. Le compromis peut s'envisager dans le règlement provisoire d'un conflit entre deux groupes dont aucun n'est capable d'imposer totalement son point de vue à l'autre. Par nature, un compromis de cette sorte est aussi instable que le sont les rapports de force entre deux partenaires ; il en est différemment quand le compromis ne repose plus seulement sur un simple rapport de force mais aussi sur des valeurs et des représentations partagées. Cette communauté de valeurs et de représentations n'est pas toujours donnée *a priori*. Elle peut être progressivement construite par la recherche d'un ajustement entre des échelles de valeur et des visions du monde différentes. Dans ce dernier cas, la notion de compromis peut prendre un sens nouveau ; il s'agit alors de rendre compatibles des exigences et des représentations contradictoires. C'est ce travail d'invention intellectuelle qui confère de la stabilité et du dynamisme au compromis social. » Cette deuxième dimension de la notion de compromis sera privilégiée ici. Comme le note encore le même auteur (p. 310), « contrairement aux attentes des intellectuels, on vérifie la puissance opératoire des idéologies molles. Plus certains thèmes idéologiques sont ambigus, polysémiques, plus ils permettent à des groupes sociaux divers de construire un consensus sur leur base. » La lutte contre le stress et la fatigue au travail constitue, comme nous l'avons vu, un thème capable de porter des revendications et des stratégies très variées, voire contradictoires. Ces notions constituent donc des outils conceptuels et cognitifs particulièrement aptes à servir de point d'appui pour le travail d'invention nécessaire à l'élaboration de tout compromis.

Les exemples de la fatigue des ouvriers et celle des infirmières offrent des illustrations des deux formes de compromis évoquées

par Bruno Jobert. Les débats sur la fatigue des ouvriers sont révélateurs d'un type de compromis basé sur les rapports de force entre les deux parties en présence, tandis que le *burn out* des infirmière présente les caractéristiques d'un compromis fondé sur une représentation de la fatigue ou du stress partiellement partagée par les employeurs et les salariés. C'est à ce dernier type de régulation qu'est consacré le présent chapitre. Dans le processus de médiatisation et de diffusion des débats sur la fatigue et le stress des personnels infirmiers, les organisations publiques nationales et internationales, ont, en effet, joué un rôle plus précoce et plus important qu'ailleurs. Dès lors, les notions de stress et d'épuisement professionnel offrent la possibilité d'une forme implicite de compromis entre les infirmières, heureuses de voir reconnaître leurs difficultés et leur engagement personnel, la hiérarchie infirmière, soucieuse de promouvoir la professionnalisation de l'activité, et la direction qui y voit l'occasion d'avancer ses objectifs gestionnaires. Grâce aux discours sur le stress, les problèmes nés du développement de nouvelles formes d'interdépendances (complexification de la division du travail à l'hôpital, extension et approfondissement des fonctions sociales de l'hôpital, bureaucratisation des établissements de soins, etc.), connaissent une forme symbolique de résolution[97]. Des formes moins avancées de constitution de compromis autour des notions de fatigue et de stress (pour d'autres professions également marquées par l'inscription dans des réseaux complexes d'interdépendances) peuvent aussi être observées dans le transport routier de passagers et de marchandises. Dans le cas du transport routier de marchandises, le compromis ne se fait pas entre salariés et employeurs, mais entre les premiers et l'Etat, soucieux d'assurer une plus grande sécurité routière. Ces exemples supplémentaires montrent bien comment les notions de fatigue et surtout de stress, en réifiant sous un terme simple des problèmes nés de situations sociales complexes, favorisent la coopération d'acteurs différents et la mise en place d'ébauches de discours fédérateurs sur la réalité de la souffrance au travail.

[97] D'autres notions, telles celle de « travail en équipe » ou de « prise en charge globale » semblent jouer un rôle similaire (Vassy, 1997).

I - La fatigue et le « problème infirmier »

Les discours sur la mauvaise fatigue, l'épuisement professionnel et le stress occupent une place importante dans l'imaginaire infirmier. Les conséquences de la fatigue et de l'usure infirmière sur la qualité des soins ou l'absentéisme et plus récemment le développement d'épisodes de contestation collective (1984, 1988 et 1991), ont incité les pouvoirs publics et les directions hospitalières à prendre en compte ces phénomènes.

Les années 1950 et 1960 sont celles de la modernisation de l'hôpital qui confirme définitivement sa vocation de médecine de pointe pour toutes les classes sociales et relègue largement au second plan son ancienne fonction d'assistance et de soin aux nécessiteux. La réforme hospitalière de 1958 en France (création des CHU, du plein temps hospitalier ; voir Jamous, 1969) en offre l'exemple le plus éclatant. L'augmentation du nombre de lits et les exigences techniques accrues pour les personnels soignants vont être à l'origine d'un discours endémique sur la pénurie d'infirmières compétentes. Le constat d'un fort turn-over et d'une durée de vie professionnelle assez courte pour les infirmières a rapidement orienté les débats à propos de la pénurie d'infirmières vers la question des conditions de travail.

Au niveau international, un premier rapport important est réalisé dès 1960 par le Bureau International du Travail (BIT) sur *L'emploi et les conditions de travail du personnel infirmier*. En accord avec des travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y est affirmé que l'amélioration de la santé des populations dépend pour une grande part de la modernisation et de la revalorisation de la profession infirmière qui souffrirait d'un manque de personnel de qualité, en grande partie du fait de conditions de travail trop pénibles. Un deuxième rapport, en 1976, reprend et précise ces conclusions. « La profession infirmière reste associée dans de nombreux esprits aux traditions de dévouement désintéressé qui ont présidé à sa naissance. Même le fait qu'elle est très pénible et astreignante physiquement et nerveusement, n'a pas réussi à valoir à ses membres les compensations matérielles et la protection sociale généralement tenues pour normales en pareil cas dans d'autres secteurs d'activité économique » et plus loin le rapport évoque « le surmenage quasi permanent et les difficultés de ménager des possibilités de repos et de récupération normales »

(BIT, 1976, p. 6). A propos de la protection de la santé et de la fatigue il est précisé que « son travail expose le personnel infirmier à de nombreux risques pour sa santé et son intégrité physique et mentale. En outre, ces risques se présentent dans des conditions éprouvantes : situations de travail difficiles, surmenage et donc fatigue plus ou moins chronique » (p. 65). Et quelques pages après : « Si on se préoccupe presque partout des aspects touchant à la santé, on néglige assez souvent les aspects touchant à la santé mentale [...]. La gamme de maladies qu'il peut contracter sur le lieu de travail est étendue et déborde le champ des maladies professionnelles communément acceptées pour les autres travailleurs [...]. Il y aurait donc lieu d'élargir et d'assouplir les listes de maladies professionnelles » (p. 70). L'originalité des propositions du BIT pour réduire « le manque d'attrait » et « la pénurie chronique » qui caractériseraient la profession infirmière réside dans la description de mesures de « politique sociale » compensatrices, alternatives par rapport à des augmentations de salaire. Parmi ces mesures, la médicalisation des risques liés à la fatigue mentale, et leur institutionnalisation par le système des maladies professionnelles, occupe une place importante.

En France, à la suite du rapport du BIT de 1960, un rapport de recherche est demandé par la Direction des Hôpitaux à deux sociologues du LEST (Degène et Duhart, 1972) sur le « *Problème infirmier* ». Le point de départ est le constat d'un « taux d'interruption d'activité – transitoire ou définitive – appréciable » et d'une baisse de la « longévité professionnelle ». La principale explication avancée est que les infirmières ressentent de plus en plus mal le décalage entre la représentation collective de leur rôle et de leur fonction et la situation objective concernant le salaire, les conditions de travail, la division du travail à l'hôpital. La technicisation des soins et la plus grande rotation des malades, liées à la modernisation de l'hôpital, sont les principales causes de ce malaise. Les auteurs parlent de « pré-crise » dans le sens où la prise de conscience est dispersée plutôt que collective. Dès lors, trois scénarios peuvent être envisagés : le premier serait celui du développement d'une contestation collective pour la revalorisation des rémunérations et des conditions de travail à travers l'action syndicale, sur le modèle de la lutte des classes. Mais cela est jugé peu probable dans la mesure où les représentations issues de l'histoire de la profession tout comme la forte féminisation limitent

le passage de la contestation au niveau politique et collectif. Le deuxième scénario serait celui de la définition d'une nouvelle vision du rôle professionnel avec la constitution d'un rôle propre, complémentaire de celui du médecin, à partir de concepts comme ceux de « diagnostic infirmier » ou de prise en charge des besoins infirmiers. Le troisième et dernier scénario est constitué par le développement d'un individualisme instrumental, dans lequel l'infirmière subit et n'envisage d'agir pour améliorer son sort autrement que par l'action individuelle. Le deuxième scénario est présenté comme étant à la fois le plus probable et le plus souhaitable. Une voie est donc tracée pour la gestion du « problème infirmier », celle de la professionnalisation, qui vient compléter celle de la médicalisation proposée dans les textes du BIT. L'image de l'activité infirmière comme activité à risque (de mauvaise fatigue) nécessitant une réflexion dans le sens d'une plus grande professionnalisation se construit donc peu à peu. Mais ce sont surtout les conflits de 1988 et 1991 qui vont inciter la Direction des Hôpitaux et la direction de l'APHP à autonomiser le problème du stress et de l'épuisement professionnel.

Négociations autour de la fatigue et du stress des infirmières à la suite des mouvements de 1988

Comme le confirment les entretiens réalisés auprès de responsables de la direction de l'AP-HP et de la Direction des Hôpitaux, les études institutionnelles sur le stress et l'épuisement professionnel n'apparaissent qu'à la suite des événements de 1988 et 1991. La recherche médicale et psychologique sur l'étiologie et la prévention des ces deux troubles apparaît alors comme une solution possible au conflit. Si les termes de fatigue, de stress ou d'épuisement professionnel apparaissent peu dans les discussions officielles entre représentants du personnel et représentants publics lors du mouvement de 1988, ces thèmes sont importants dans la mesure où ils justifient un certain nombre de revendications. D'ailleurs, les questions des conditions de travail et des charges de travail ont pesé sur toute la durée du conflit.

Pour les infirmières, une des principales revendications était l'augmentation des effectifs de façon à réduire la charge de

travail[98], jugée excessive, et ainsi permettre aux soignants de mieux assurer auprès des patients leur mission psychosociale. Amélioration des conditions de travail, revalorisation du statut au sein des professions médicales et « mise en scène » du malaise infirmier vont de pair. Faisant, presque à chaud la chronique des événements de 1988, Martine Schlachtel, infirmière à Evry, commence son récit en ces termes : « Nous voulons être reconnues [...]. Reconnaissance, dignité ? Des mots lourds de sens. Mais le gouvernement de Michel Rocard les a-t-il compris ? S'est-il seulement rendu compte des conditions de travail des infirmières ? Des horaires variables qui empêchent l'établissement d'une vie personnelle stable ? D'un travail épuisant du fait d'un manque cruel de personnel ? » (Schlachtel, 1989, p. 21) ; et citant plus loin une infirmière : « Le travail à effectuer est tel que bien souvent les soins sont dispensés à la limite des conditions de sécurité pour le malade. Je passe mes huit heures à courir d'un patient à l'autre sans avoir même parfois la possibilité d'échanger quelques paroles avec certains. Je ne parle même pas de prendre le temps d'aller pisser. Je vis sous pression dans tous les sens du terme. Lorsque je rentre chez moi, je suis angoissée à l'idée d'avoir pu oublier quelque chose, tellement je suis stressée par le nombre de tâches à accomplir. Parfois je me demande si je tiendrai longtemps » (p. 27-28). Fatigue et stress sont présentés comme la conséquence directe des sous-effectifs et expliquent l'impossibilité de remplir convenablement la mission de l'infirmière : la prise en charge globale, physique, psychologique et relationnelle du malade. Or seul un tel rôle peut faire de l'infirmière une professionnelle à part entière ayant une tâche spécifique, distincte de celle de simple exécutante des ordres jugés trop strictement biomédicaux du médecin. Dans un milieu où la conscience de ne pas faire un métier comme les autres, voire même où les notions de vocation, de dévouement, bien que parfois rejetées dans les discours, restent très présentes dans les représentations (à la fois des infirmières et des malades), le bien du malade et les limites psychologiques et physiques (donc perçues comme indépendante de la volonté des personnes) que représentent la fatigue et le stress sont des moyens

[98] Par exemple, un tract de l'UNASIIF appelant à la manifestation de 29 septembre 1988 place en deuxième position (sur trois) dans les revendications : « Amélioration des conditions de travail : effectifs adaptés à la charge de travail » (reproduit dans Chevalier, 1998).

acceptables et légitimes pour avancer des revendications d'effectifs et de salaire.

Du point de vue gouvernemental, l'augmentation des effectifs ne doit pas être la solution principale et unique (André, 1989, p 50-51), les réponses étant plutôt à chercher dans l'organisation du travail. Ainsi, d'après Michèle Andrée, secrétaire d'Etat chargée des Droits de la Femme et rédactrice d'un rapport au premier ministre à la suite des événements de 1988, « la nécessité pour beaucoup d'infirmières d'agir sur des prescriptions non-écrites des médecins est vécue comme un manque d'organisation qui stresse fortement les professionnelles » (André, 1989, p 36). Une autre solution serait la réduction de l'absentéisme par un contrôle accru mais aussi « une réelle volonté de motivation des personnels, de participation, de travail en équipe, d'amélioration des conditions de travail... On y ajoutera la prévention des accidents et des maladies professionnelles tout particulièrement en ce qui concerne les affections du dos : à cet égard, les établissements qui ne l'ont déjà fait seront incités à mettre en place des stages de formation à la manutention » (André, 1989, p 55). Enfin, d'après le rapport, l'augmentation des effectifs ne serait nécessaire que dans peu de cas. Une étude précise des charges de travail, service par service, en fonction des objectifs spécifiques à chaque service, aurait alors pour effet de montrer que la charge de travail excessive n'est finalement qu'une « impression » : « cette impression de sous-effectif amplifie incontestablement le climat de pénibilité du travail ; elle alimente d'ailleurs elle-même le processus, par la lassitude de certains agents qui ne voient plus que dans l'arrêt-maladie la solution pour s'évader d'une situation où la charge de travail leur paraît indûment alourdie du fait de l'absence de leurs collègues » (p.49).

Ainsi, si les infirmières ont mis en avant les problèmes de fatigue et de stress pour mieux soutenir des revendications d'augmentation d'effectifs, les pouvoirs publics font de certaines formes de médicalisation de la fatigue (étude de la charge de travail, du stress organisationnel, du mal de dos, etc.) une sorte d'alternative à une augmentation massive des effectifs infirmiers qui serait en fin de compte trop coûteuse. Cette situation se retrouve dans le compromis finalement ratifié. Dans le protocole d'accord signé le 21 octobre 1988 entre le ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, et les principaux

syndicats, l'étude de la charge de travail prend une place importante : « Pour améliorer l'analyse des charges de travail, élément déterminant de l'organisation du travail et notamment de la répartition des effectifs, une analyse spécifique des charges de travail à l'hôpital sera élaborée avec l'appui technique d'organismes agrées et spécialisés en matière d'analyse des situations de travail. Par ailleurs, les études faites périodiquement sur les relations entre santé et conditions de travail chez les personnels soignants seront intensifiées ; ces études ont pour objectif d'éclairer sur les conséquences à moyen terme des différents facteurs de pénibilité et d'observer l'évolution de ces différents facteurs. Une instruction rappellera la nécessité d'élaborer dans chaque établissement un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail [...]. Soixante dix postes de médecin du travail seront créés afin que la médecine du travail puisse effectivement remplir la mission qui lui est assignée d'analyse des postes de travail dans les services sur un tiers de temps » (Protocole, 1988). La médicalisation des conditions de travail occupe donc une place importante dans les accords de 1988[99].

L'action de la Direction des Hôpitaux

La Direction des Hôpitaux n'intervient que de façon indirecte dans la gestion des personnels hospitaliers, celle-ci étant d'abord du ressort des établissements. Mais le ministère est tout de même doté de prérogatives importantes qui lui ont permis de mettre en œuvre un certain nombre d'actions à la suite des différents mouvements infirmiers. Ces actions sont de trois ordres : réglementation de la profession infirmière dans le secteur public, mesures d'aides à l'amélioration des conditions de travail et enfin travail d'information, de production et de diffusion des connaissances sur le stress et l'épuisement professionnel.

Les protocoles signés immédiatement à la suite des mouvements infirmiers ont prévu un certain nombre de revalorisations de la profession infirmière. Ainsi le « protocole Evin » du 20 octobre 1988 a permis une revalorisation assez

[99] Une revalorisation matérielle est aussi obtenue : les infirmières réclamaient 2000 francs d'augmentation pour toutes et ont obtenu une augmentation progressive de 550 francs en début de carrière et 1400 francs en fin de carrière.

importante des salaires et de meilleures perspectives de carrière. De même, le « protocole Durieux » du 15 novembre 1991 se traduit par une légère augmentation du nombre d'élèves recrutées en écoles d'infirmières et une revalorisation du système de prime dont bénéficie le personnel (pour le travail de nuit, le week-end, etc.). La principale mesure est la mise en place des 35 heures pour « l'ensemble des agents dont le planning prévisionnel de travail prévoit qu'ils devront effectuer la totalité de leur service de nuit. » Pour permettre le passage aux « 35 heures de nuit », 4000 créations d'emplois sont prévues pour 1992 et 1993. Cette mesure, prise par le ministre sous la pression des événements a été jugée défavorablement par les responsables de la Direction des Hôpitaux qui y voient une action plus symbolique qu'efficace. Pour madame Fresneau, cette mesure est « insuffisante et peut sembler injuste : pourquoi seulement ceux qui travaillent toujours de nuit ? »[100] Pour madame Mertani, médecin du travail, cette mesure ne se justifiait pas nécessairement d'un point de vue médical : « Au niveau du rythme biologique, vous vous adaptez. Le travail de nuit, eh bien, si vous n'êtes pas adapté, vous avez déjà demandé votre mutation pour retravailler le jour. Bien souvent, c'est du personnel volontaire, qui travaille la nuit, et qui trouve avantage à travailler la nuit. Par contre, dans les rythmes biologiques, c'est bien prouvé, ce qui est le plus pénible, c'est de faire, en somme, comme dans le privé, par équipe, en roulement. Parce qu'à ce moment là, il faut toutes les fois réadapter votre rythme. » Dans certains hôpitaux, y compris publics, les soignants travaillent en effet alternativement de jour et de nuit, par roulement, et ne sont pas concernés par les « 35 heures de nuit », alors qu'ils en auraient le plus besoin. Finalement, pour les trois personnes interrogées, les actions les plus représentatives de la politique de la Direction des Hôpitaux seraient celles qui concernent l'aide à l'amélioration des conditions de travail et la production et la diffusion de connaissances sur le sujet.

Comme l'explique madame Fresneau, le bureau « Formation et Conditions de travail » a été créé à la suite des grèves de 1988. « Evin s'était engagé à étudier les conditions de travail. Avant que j'arrive, il y avait eu une grande enquête par questionnaire sur les

[100] Lors de l'entretien, madame Fresneau a souhaité ne pas être enregistrée, ces paroles sont donc citées à partir de notes prises « à chaud » ; il n'est donc pas impossible que certaines imprécisions soient commises lors de la retranscription.

conditions de travail. C'était un questionnaire très lourd, très mal fait et la question se posait de comment utiliser ce questionnaire. C'est comme ça que j'ai été embauchée. A ce moment là, l'équipe dans le bureau est passée de trois à sept personnes. A cette époque, on a financé et coordonné un certain nombre d'actions et de recherches pour l'amélioration des conditions de travail. » Le protocole Durieux relance en 1991 ces pratiques. L'accord national sur les conditions de travail prévoit en effet la mise en œuvre de contrats avec les établissements publics et privés à but non-lucratif pour les inciter et les encourager, par des soutiens financiers ponctuels, à améliorer les conditions de travail. Pour cela, une enveloppe de 150 millions de francs, de 1992 à 1994, par an est débloquée[101]. La circulaire ministérielle du 23 décembre 1991, relative à la mise en place de cette mesure, précise : « L'hôpital est amené à traiter dans certaines disciplines des pathologies de plus en plus lourdes, dans des délais de plus en plus courts ou des personnes de plus en plus âgées ; dans les deux cas, le diagnostic est bien souvent réservé. Ce côtoiement permanent de la souffrance et de la mort, parfois l'impuissance face à la maladie, engendre une charge psychique considérée aujourd'hui comme l'élément fondamental de la charge en soins. » Le bureau « Formation et Conditions de travail » est à l'origine de cette initiative, comme le rappelle madame Fresneau : « Une autre mesure qui avait été préconisée et organisée par le bureau, ça a été les contrats d'amélioration des conditions de travail. [...] On a mis en place des missions d'appui, dirigées par les IG conseillères auprès des DRASS. Chaque hôpital monte un projet d'amélioration des conditions de travail, qui est analysé par les missions d'appui qui décident de l'attribution de financements. Alors, au début, il y a surtout eu des demandes pour l'achat de matériel, et puis, petit à petit, on est passé à des actions sur l'organisation des soins dans les services. Parce que nous, au bureau, on pense que l'achat de lits élévateurs ou de choses comme ça, ça ne suffit pas pour améliorer les conditions de travail et réduire le stress. Les problèmes sont

[101] En 1995, cent millions de francs ont été attribués au titre des contrats régionaux d'amélioration des conditions de travail. Selon les catégories du ministère, 48% de ces crédits ont été destinés des actions d'organisation du travail et d'études sur les relations entre acteurs, 24% à la réduction des risques physiques, 18% à celle de la charge psychique et cognitive et 11% pour l'aménagement du temps de travail et du cadre de vie (Bilan 1995, Direction des Hôpitaux).

surtout organisationnels. C'est ce qu'ont montré les comités d'experts. Une autre réalisation du bureau, c'est les comités d'expert qui se réunissent deux ou trois fois par an. Il y a des chercheurs, des ergonomes, des médecins du travail, des psychologues, des sociologues, mais aussi des IG, des directeurs d'hôpitaux, des experts de toutes sortes. Il y avait Davezies à Lyon, Pepin de l'ANACT, France Lert, etc. Le travail de ces comités d'experts, c'était de dégager des éléments théoriques pour aider les missions d'appui. »

A côté de ces missions d'appui, la Direction des Hôpitaux, en effet, s'est également lancée dans un travail de production et de diffusion de connaissances sur les liens entre conditions de travail et relations sociales d'une part, et stress, fatigue et mécontentement social, d'autre part. Après les conflits de 1988, il est décidé de mettre en place un « dispositif de l'observation sociale » dans les hôpitaux publics. L'objectif était de rassembler toutes les informations sur les relations sociales à l'hôpital de façon à alimenter des programmes de recherche sur ces questions afin d'informer et d'orienter la politique des établissements en la matière. Quels types de référentiels se dégagent de ces débats en matière de stress et de fatigue des soignants ? Dans les actes de la journée du 6 mai 1993, France Lert écrit ainsi, à propos de l'épuisement professionnel : « Depuis longtemps, consultants et chercheurs ont mis l'accent sur la souffrance au travail résultant du déséquilibre entre les exigences de qualité technique et humaine des soins et les moyens individuels et collectifs pour les réaliser. Mais les préoccupations principales des partenaires restaient centrées sur les horaires et les questions de charge physique. En ce sens faire passer au premier plan la souffrance psychique ne constitue pas un fait nouveau mais c'est une prise de position collective et publique importante. D'autant qu'elle a été analysée non comme la simple réponse de l'individu à une situation stressante mais comme se posant d'une façon plus large dans la relation sphère privée - sphère professionnelle et dans le rapport de l'individu au collectif et au social. Informellement et depuis toujours la circulation de la parole a été un des moyens de faire face aux contraintes psychiques du travail de soin mais avec une efficacité limitée, laissant se développer le syndrome de *burn out* avec son cortège de cynisme, de désinvestissement, de souffrance personnelle. Une parole publique sur le lieu de travail peut

empêcher ce repli sur soi, le blindage, l'insensibilité qui gênent l'acquisition des compétences. Les groupes de parole ne sont pas la seule voie d'expression, celle-ci peut-être mobilisée par des projets dans lesquels les individus vont trouver leur intérêt comme professionnels, mais pour lesquels des modèles nouveaux de pratique doivent être élaborés. » En effet, en dehors des contrats d'amélioration des conditions de travail, l'intervention d'un psychologue de façon régulière, notamment dans les services réputés difficiles, est une « solution » très appréciée des trois personnes interrogées, même si ce type de décision ne relève pas directement du ministère, mais des directeurs d'établissements. Il est tout de même possible de penser que les recherches et travaux diffusés par la Direction des Hôpitaux ont joué un rôle dans le mouvement de recrutement de psychologues à l'hôpital, notamment pour les personnels.

Les savoirs ainsi accumulés sont par ailleurs destinés à être transmis. La Direction des Hôpitaux a ainsi mis en place des formations pour les médecins du travail et les IG afin de les sensibiliser à la question de l'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, des études spécifiques sur les questions du stress et de l'épuisement professionnel ont été financées et soutenues par la Direction des Hôpitaux, comme celle de Chantal Rodary à L'IGR (1994). Mais, depuis 1995, l'essoufflement du mouvement infirmier explique pourquoi la question des conditions de travail et des relations sociales n'est plus au centre de l'agenda politique. Surtout, depuis 1996, avec la régionalisation de la gestion hospitalière, le rôle de la Direction des Hôpitaux s'est largement réduit au profit des agences régionales d'hospitalisation et surtout des établissements (comme l'AP-HP).

L'application dans les établissements : l'exemple de l'AP-HP

A l'AP-HP, comme à la Direction des Hôpitaux, la prise en compte des questions de conditions de travail est de stress est le résultat des conflits infirmiers de 1988 et 1991. Un texte important, destiné à mieux connaître la pénibilité physique et psychique du travail infirmier, est publié en 1989 à partir d'une recherche commencée avant les événements de 1988. Il est le résultat d'une étude menée par un médecin du travail et cadre de l'APHP, Madeleine Estryn-Behar, et un cadre de l'AP-HP, Henri Poinsignon. L'objectif proclamé de ce rapport est d'apporter aux

« différents interlocuteurs de l'hôpital » des connaissances « aussi scientifiques que possible » sur le lien entre travail et santé des soignants. Dès le départ, l'accent est mis sur une forme particulière de fatigue qui se distinguerait de la fatigue « classique », notamment par ses conséquences pathogènes : « La fatigue liée à la surcharge et au stress est classique. [...] L'isolement, l'absence de gratifications, la brièveté des échanges avec les supérieurs, le manque de participation sont signalés par plusieurs auteurs ayant travaillé sur le personnel infirmier. Ces éléments contribuent à générer une ambiance dépressive qui n'est pas toujours exprimée de façon claire, mais que traduit bien l'expression de *burn out syndrome*, décrit par Cherniss en 1980. On y retrouve la lassitude, le découragement, le détachement, l'épuisement émotionnel, la perte de l'enthousiasme et de l'optimisme, enfin une perception cynique et désabusée des autres qui peut être destructrice » (Estryn-Behar, Poinsignon, 1989). Trois formes d'actions sont alors préconisées pour réduire la charge psychique : reconnaissance du travail infirmier grâce à la promotion du travail d'équipe, l'adaptation des effectifs à la charge de travail de chaque service et la coordination des différentes activités de soins pour réduire les pertes de temps liées aux interruptions de travail.

A la suite des accords de 1988 et des résultats cette recherche (Estryn-Behar, Poinsignon, 1989), trois catégories de mesures sont donc mises en place en réponse au diagnostic de malaise et de mauvaise fatigue : une réflexion sur la revalorisation de la profession infirmière, la mise place d'études de charges de travail et le développement des différentes techniques de gestion du stress. Pour tenter de revaloriser le rôle de l'infirmière dans la division du travail, une réflexion est lancée à la Direction des Hôpitaux sur la définition du « rôle propre » et du « diagnostic infirmier ». Un groupe de travail réunissant plusieurs « infirmières générales » (IG) est notamment mis en place pour proposer une théorie et un vocabulaire standardisés des soins infirmiers. Cette démarche est favorisée par l'administration qui y voit un moyen de satisfaire les revendications de reconnaissance exprimées lors du mouvement de 1988, mais aussi l'occasion de promouvoir une démarche de formalisation nécessaire à une gestion experte de l'activité infirmière (Acker, 1991). Par ailleurs, en période de restriction budgétaire, l'extension du rôle de l'infirmière par rapport à celui du médecin, qui s'accompagne d'une plus grande délégation

d'actes aux aides-soignants, peut être le résultat d'une convergence d'intérêt entre les infirmières et les directions hospitalières à la recherche d'économies (Féroni et Kober, 1995). Enfin, l'apparition d'un nouveau pouvoir, le « pouvoir infirmier », à côté du traditionnel « pouvoir médical » peut être un appui pour le « pouvoir gestionnaire » de la direction. De telles mesures peuvent sembler un peu éloignées du problème de l'épuisement professionnel ; elles sont pourtant cohérentes avec la représentation fréquente parmi les cadres infirmiers selon laquelle la prévention du *burn out* passe nécessairement par une plus grande professionnalisation de l'infirmière. La profession étant essentiellement représentée à la Direction des Hôpitaux par des cadres infirmiers supérieurs, c'est leur vision de la question qui fait référence, d'autant qu'elle correspond tout à fait aux objectifs de rationalisation de l'administration.

Ces travaux de réflexion s'accompagnent d'ailleurs, dans les services hospitaliers, d'études visant à déterminer la charge de travail par service ou par groupes de pathologies, de façon à pouvoir déterminer l'effectif optimal. Parfois conduites par des cabinets-conseils extérieurs à l'hôpital, ces travaux sont aussi souvent réalisés par la direction des soins infirmiers et la hiérarchie infirmière. Pour le directeur des soins infirmiers (infirmière générale), c'est l'occasion de mettre en œuvre des techniques complexes et sophistiquées, souvent d'origine américaine, d'estimation et de prévision des besoins en main-d'œuvre et ainsi de renforcer son identité de gestionnaire compétent. D'après les entretiens réalisés, les infirmières dans les services qui ont été mises à contribution pour des études de ce type l'ont d'abord fait avec un certain enthousiasme, pensant y trouver une solution à leurs problèmes de fatigue et de stress, la confirmation de leur diagnostic concernant les sous-effectifs et une reconnaissance pour leur engagement personnel. Mais la difficulté de la méthode, notamment dans l'estimation du temps nécessaire au travail relationnel[102], et le fait que les résultats ne correspondent pas toujours aux attentes ont réduit l'intérêt, aux yeux des infirmières,

[102] Les difficultés liées au travail relationnel avec les malades ne peuvent pas être comprises en termes uniquement quantitatifs (voir chapitre 3). Interrogé sur la façon de prendre en compte le relationnel, le directeur des soins infirmiers de Laënnec précise qu'il a rajouté, pour chaque acte, cinq minutes pour le relationnel. Un tel mode de calcul arbitraire illustre bien la complexité de la tâche.

de cette méthode de prévention de la fatigue. Elle satisfait au contraire pleinement le directeur des soins infirmiers de Laënnec qui pense avoir ainsi réglé le problème des effectifs[103] et donc la question de la fatigue liée au surmenage.

Le dernier axe d'intervention, la gestion du stress et de l'épuisement, est le plus intéressant car il illustre parfaitement comment les notions de stress et d'épuisement professionnel rendent possible l'élaboration d'un relatif consensus entre la plupart des acteurs autour d'une définition dominante de la fatigue à l'hôpital. Dans un entretien de 1996 accordé à une revue professionnelle infirmière[104], Henri Poinsignon, devenu délégué aux conditions de travail de l'AP-HP explique ainsi : « Nous avons défini 44 thèmes d'actions préventives. En voici quelques uns. La première priorité sera de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel en aménageant les horaires de travail les plus pénibles psychologiquement et psychiquement que sont les deux équipes de 12 heures. Il s'agit d'aboutir dans la concertation à l'abandon de ce type d'horaires [...]. Nous comptons développer le soutien interne par le staff soignant hebdomadaire dans l'unité de soin. » Le travail en 12 heures étant pratiquement supprimé, il ne reste plus que le soutien interne. Quelle forme prend ce soutien dans les établissements de l'AP-HP ? L'*Enquête périodique sur l'organisation et les conditions de travail* de 1996 (AP-HP) est peu précise sur la question. Il y est noté que la prévention de la charge psychique liée à la confrontation à la mort et à la souffrance est à améliorer. Un peu plus loin, le rapport précise que « Les établissements qui ont basé leur politique d'amélioration des conditions de travail sur des priorités claires peuvent en voir la traduction par différence avec les résultats globaux [...]. Plus de 60% des répondants disposent d'une salle de détente et, parmi ceux-ci, environ 70% les utilisent pour récupérer, manger et discuter du travail. »

En dehors de ces salles de détente, d'autres actions sont également menées dans les établissements dans le cadre de l'objectif de gestion du stress : mise en place dans certains services

---

[103] Pourtant, d'après certains des surveillants rencontrés, du fait du prochain transfert de l'hôpital, les recrutements seraient gelés, ce qui occasionnerait des tensions au niveau des effectifs.

[104] *Infirmière Magazine*, n. 108, septembre 1996, p. 38.

de groupes de paroles, possibilités de formation à la gestion du stress et diffusion auprès du personnel d'informations sur le *burn out* (articles dans les revues internes, brochures d'information...). L'étude des programmes de formation à la gestion du stress est particulièrement intéressante dans la mesure où ce type d'action révèle bien la volonté de gérer des problèmes ayant une dimension globale par une simple action sur le mental des individus. Voici à titre d'exemple comment la responsable d'un important centre de formation parisien, Line Masson, présente ce type de stage dans un article d'une revue professionnelle[105] : « Les échanges en groupe permettent de porter un autre regard sur la question du stress. D'une agression extérieure à l'organisme ne pouvant que le meurtrir, il devient une perturbation dans l'interaction organisme/environnement. C'est souvent la réaction au trouble provoqué qui favorise ou amplifie la souffrance intérieure. La non-écoute de ses propres réactions entraîne le blocage du processus d'adaptation » (p. 48). Comme le précise l'auteur, il s'agit de travailler sur « l'imaginaire » et « la dimension fantasmatique des difficultés rencontrées » (p.49), ce qui correspond finalement à une sorte de méthode Coué : « Changer son cinéma intérieur permet de modifier ses réactions internes physiques et émotionnelles » (p. 49). L'autre grande technique signalée est la réflexion sur le projet professionnel, notamment à partir de l'analyse des « messages reçus dans l'enfance, les interdits et les prescriptions qui ont été intériorisées » (p.50) de façon à trouver un « équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée dans un désir d'accomplissement personnel » (p. 51). Le résultat du stage doit être « une amélioration – au moins temporaire – de sa résistance dans les situations de tension, de conflit de surmenage ou d'urgence. L'expérience de la vie en groupe a permis d'accroître la confiance en soi et aux autres, un meilleur contrôle de ses émotions » (p.52). La formation doit donc permettre d'être une meilleure professionnelle, plus réaliste et moins naïve, sachant maîtriser ses émotions. Cette idée constitue le point central des techniques de gestion du stress et de l'épuisement professionnel. Partagées par la plupart des acteurs concernés elle est à l'origine d'une sorte de compromis implicite autour d'une représentation particulière du problème de la charge psychique et mentale.

---

105 *Revue de l'infirmière*, janvier 1994.

La construction d'un système de collusion tacite autour des notions de stress et de burn out

La volonté de l'administration hospitalière et de certains cadres infirmiers supérieurs, à la suite des mouvements de 1988 et 1991, de résoudre les problèmes d'épuisement professionnel grâce à la professionnalisation et la technicisation des soins est parfaitement exprimée dans le projet de promouvoir les recherches et les expériences sur la gestion du stress et de l'épuisement professionnel. Le risque d'épuisement professionnel est alors expliqué comme un problème de « juste distance » vis-à-vis du malade : ne pas être trop proche afin de ne pas endosser sa souffrance ou celle de sa famille ni trop éloigné, ce qui serait renoncer à la mission de l'infirmière et ferait perdre l'enthousiasme nécessaire au métier. Pour cela, l'infirmière doit savoir dissocier son « moi personnel » et son « moi professionnel », ce qui signifie d'une part régler ses propres conflits intrapsychiques, de façon à ce qu'ils ne rejaillissent pas sur le travail, et d'autre part, ne « donner de soi » au malade (des soins, de l'attention, etc.) qu'en tant que professionnelle, c'est-à-dire en fonction de procédures précises dont l'efficacité est démontrée. La formation à la gestion du stress doit permettre d'atteindre ces objectifs et donc d'être une meilleure professionnelle. Elle peut se concevoir sous trois formes principalement : lors de la formation initiale, sous forme de formation continue, ou de façon plus informelle à l'occasion de groupes de parole sur le stress et l'épuisement professionnel. Cela nécessite une plus grande connaissance, de la part de tous les acteurs, des théories sur le *burn out*, ce qui explique pourquoi celles-ci sont diffusées dans les écoles, dans les formations et dans les publications internes. Une telle représentation officielle de la question rencontre alors l'intérêt de la plupart des acteurs impliqués.

Au premier chef, les psychologues qui se sont investis dans l'étude de ce phénomène. Les psychologues, détenteurs d'un DESS de psychologie, sont de plus en plus nombreux à l'hôpital. Principalement destinés à seconder le médecin dans la prise en charge de certains malades, ils se sont peu à peu intéressés à la souffrance du personnel soignant, que cela soit à la demande de ce dernier, des chefs de service, de la direction des soins infirmiers ou de la direction de l'établissement. Certains psychologues ont alors été recrutés spécifiquement pour les besoins du personnel ou

l'étude et la gestion du *burn out*. Pour cette profession toute jeune et en forte croissance numérique, la question des débouchés professionnels est absolument vitale. Cela est d'ailleurs parfaitement illustré par la situation de la plupart des psychologues rencontrées qui étaient obligées de cumuler plusieurs vacations dans des institutions différentes sans toujours parvenir à se constituer un plein temps. La fatigue et le stress des soignants est alors une occasion parfaite pour faire valoir leurs compétences et trouver de nouveaux thèmes de recherches. C'est ce que Line Masson exprime dans la conclusion de son article sur les formations à la gestion du stress : « Au niveau de chaque établissement et au niveau de chaque service, selon ses caractéristiques propres et selon ses avancées, il serait intéressant d'envisager des suites à cette formation car elles pourraient renforcer aussi bien les actions en vue de développer l'accueil et la qualité des prestations hospitalières que les actions tendant à l'amélioration des conditions de travail et de vie des personnels. »[106]

Ensuite, les cadres infirmiers trouvent dans l'approche psychologique du *burn out* un moyen de justifier et de faire progresser leurs objectifs de professionnalisation de l'activité infirmière : la relation soignant/soigné ne doit plus être fondée sur des bases empiriques et intuitives mais doit au contraire relever d'une véritable science infirmière empruntant à la psychologie et aux sciences sociales son armature théorique. En ce sens, la fusion réalisée en 1992 de la formation d'infirmier et d'infirmier psychiatrique, en une seule filière générale est l'occasion de promouvoir les connaissances en psychologie. Dans ce nouveau programme, un chapitre est souvent consacré au stress et à l'épuisement professionnel. De même, les revues professionnelles, participent grandement au travail de diffusion du savoir psychologique sur le stress et l'épuisement professionnel.

Ces préoccupations rejoignent celles de l'administration soucieuse de rationaliser et de formaliser les compétences infirmières afin de promouvoir une approche gestionnaire de la main d'œuvre. Le contrôle, voire la réduction des effectifs hospitaliers étant un moyen important pour réaliser des économies

---

[106] *Revue de l'infirmière*, janvier 1994.

budgétaires[107]. Ainsi, la fusion des deux formations permet de former des infirmiers polyvalents capables de travailler aussi bien dans des services de psychiatrie que dans des services de médecine. De cette façon, les remplacements pourront être plus facilement effectués par un pool infirmier polyvalent et les effectifs dans chaque service pourront être calculés au plus juste. Les objectifs de contrôle des dépenses et de modernisation de l'hôpital sont donc tout à fait compatibles avec la rationalisation de l'activité infirmière : non seulement cette façon de traiter la question du *burn out* ne remet pas en cause la politique générale mais elle vient même la conforter. Plus globalement, le souci gestionnaire des directions d'établissement recouvre un double objectif : une optimisation de l'utilisation des moyens existants et la mise en place d'une « démarche qualité » (amélioration du service rendu dans une logique de concurrence). Les contrats d'amélioration des conditions de travail ont souvent été utilisés dans ce sens. Ainsi, en 1995, sur les 431 contrats signés, 51 avaient pour point de départ explicite l'amélioration de la qualité, 120 concernaient « la structuration de l'activité » (« mise en œuvre du projet d'établissement »), 48 avaient pour objectif « l'adéquation des moyens à la charge de travail et l'aménagement des horaires » et enfin, 42 concernaient le développement des compétences des personnels (Bilan 1995, Direction des Hôpitaux). Enfin, les directions hospitalières souhaitent, grâce à la prévention, réduire les arrêts-maladie liés à l'usure physique ou mentale. La formation des personnels leur semble être la meilleure méthode et une part importante des contrats d'amélioration des conditions de travail y est consacrée.

Les infirmières, quant à elles, ont une lecture un peu différente de cet intérêt de l'institution pour la prise en charge de l'épuisement professionnel. Cet intérêt représente d'abord pour elles un signe de

---

107 « Le plan stratégique de la CNAM prévoit 30 milliards de francs sur les dépenses hospitalières. Et son directeur, Gille Johanet, répète volontiers que l'on pourrait supprimer progressivement plus de 50 000 emplois dans ce secteur » (*Le Monde* du 20/08/1999). Pour le ministère et les autorités de tutelle, la question des effectifs est traitée dans une logique comptable (possibilité de pourvoir les postes créés) et non par rapport par rapport à la charge de travail ressentie par les agents, comme le souhaiteraient les syndicats (Lallement, 1999). Ainsi, au personnel de l'hôpital Jean-Verdier (93) en grève avec des revendications sur les effectifs, la direction de l'AP-HP répond que l'établissement dispose déjà d'un excédent, compte tenu de son activité (*Le Monde* du 30/03/1999).

reconnaissance émis par l'institution. Evoquer officiellement l'existence de l'épuisement professionnel reviendrait à reconnaître le métier d'infirmière comme un métier où l'on donne beaucoup de soi et dont les membres font preuve d'un engagement personnel plus important que dans d'autres activités. Ainsi, le discours sur la mauvaise fatigue infirmière renforce l'imaginaire infirmier. Dans le même temps, il exprime bien la difficulté posée par la réalisation de l'idéal professionnel d'une infirmière se voulant à la fois proche et distanciée du malade. Lors des entretiens, la plupart des infirmières rencontrées ont exprimé leur satisfaction de voir leurs problèmes de stress et de fatigue pris en compte et donc reconnus. De même, l'intérêt et la sollicitude que peut porter, dans certains services, la psychologue est vécue très positivement. Les infirmières qui n'ont pas eu ce genre d'expérience l'envisagent également de façon très positive. Les entretiens ont montré que la psychologue est le professionnel de santé dont les infirmières attendent le plus. Par ailleurs, les quelques infirmières interrogées qui avaient réalisé une formation à la gestion du stress déclarent y avoir appris des choses très utiles pour leur travail notamment dans les relations avec le malade. De même, les jeunes infirmières ou les élèves infirmières rencontrées, qui avaient eu des enseignements sur la psychologie du malade et la gestion du stress avaient le sentiment d'être mieux préparées à l'exercice de leur fonction que leurs aînées. Il est possible de parler d'une véritable efficacité symbolique des techniques de gestion du stress pour les infirmières ; ce qui n'est pas forcément valable pour d'autres catégories. Ainsi, une étude menée à Toulouse par la directrice des ressources humaines de la clinique Pasteur et le psychologue Pierre Tap[108] a montré que les infirmières formées en soins palliatifs arrivaient mieux à contrôler leurs émotions et à aider les patients, alors que celles qui n'ont pas eu de formation à la gestion du stress lié à la mort étaient plus souvent en situation de retrait défensif ou d'envahissement émotionnel. Par contre, le fait d'avoir suivi la formation ne semblait pas être utile aux médecins. Finalement, La théorie du *burn out* et la stratégie de prévention par la professionnalisation semblent particulièrement adaptées aux représentations et à l'idéologie particulière de nombreuses infirmières : la place centrale accordée au psychologique dans

[108] Citée dans *Infirmière Magazine*, n. 106, juin 1996.

l'explication des malaises ou des problèmes relationnels, le relatif rejet des formes collectives d'intervention qui conduit à privilégier les solutions individuelles, la recherche d'un savoir théorique pouvant étayer le travail de construction d'une identité professionnelle, etc.

Pour finir, la hiérarchie médicale se montre plutôt ouverte à ce type d'initiative qui permet de traiter le problème posé par la délégation au personnel soignant d'une partie du travail relationnel. Certains chefs de service, dans des services réputés difficiles, se sont même engagés personnellement dans la mise en place de structures psychologiques pour la prise en charge et la prévention de l'épuisement professionnel des soignants. Cela leur permet de déléguer à des professionnels perçus comme compétents et pertinents des questions qu'ils ne souhaitent pas prendre en charge eux-mêmes. De plus les solutions proposées par les intervenants, psychologues ou psychiatres, sont généralement centrées sur les soignants eux-mêmes et ne remettent que très peu en cause l'organisation des services. Comme le remarque France Lert lors d'une étude sur les services spécialisés dans la prise en charge des malades du sida, « l'appel au psychologue est conçu certes en premier lieu pour aider les patients par une mise en parole de l'angoisse engendrée par la maladie mais devrait en principe faciliter le dialogue avec les soignants et réduire la survenue de crises d'angoisse massive face auxquelles les infirmières sont très démunies. Cette activité est surtout une écoute, une aide à l'expression des conflits ou des difficultés avec l'entourage, à l'élaboration des défenses. L'intégration de cette démarche de soutien psychologique à la prise en charge reste inachevée malgré la volonté affichée des chefs de service de rendre sinon systématique, du moins systématiquement accessible, le recours aux psychothérapeutes » (Lert, 1993, p. 30).

La théorie de l'épuisement professionnel comme maladie de l'insuffisante professionnalisation et la solution de la gestion du stress semblent donc satisfaire tout le monde, même si chacun y trouve une motivation spécifique. Pourtant, une telle vision des choses contribue à marginaliser les interprétations alternatives des phénomènes d'usure mentale ainsi que les acteurs qui en sont porteurs. C'est le cas notamment des médecins du travail et des syndicats. Les médecins du travail hospitaliers rencontrés, en effet, expriment généralement un certain scepticisme à l'égard des

stratégies mises en place pour prévenir et prendre en charge l'épuisement professionnel. C'est le cas tout d'abord en ce qui concerne les études de charge de travail, auxquelles les médecins du travail n'ont pas participé. Pour les médecins interrogés, ces études n'ont pas pour objectif de réduire la charge physique et mentale qui pèse sur chaque soignant mais plutôt de déterminer au plus juste les effectifs dans chaque service de façon à réaliser des économies de personnel. De plus ces études ne permettent pas de prendre en compte de façon satisfaisante les difficultés liées au travail relationnel. Celles-ci sont d'ailleurs jugées pour une part irréductibles. La confrontation avec la souffrance, la maladie et la mort sont des éléments incontournables du travail soignant et la professionnalisation ne permet pas de neutraliser tous les effets pathogènes de ces événements. Dès lors, le seul moyen d'éviter une trop grande nocivité psychique est de permettre à l'infirmière de se préserver, voire de transformer la souffrance en plaisir. L'influence de la psychodynamique de Dejours et l'ergonomie de la charge mentale sont d'ailleurs les deux références les plus importantes pour les médecins rencontrés. C'est pourquoi ils adhèrent généralement à l'idée que les plaintes exprimées par les soignants constituent un meilleur indicateur des problèmes d'effectifs que les études de charge de travail. La principale stratégie de prévention de l'épuisement professionnel consiste à agir sur les effectifs et sur l'organisation du travail de façon à éviter les surcharges de travail. L'infirmière, en effet, doit pouvoir disposer d'une certaine marge de manœuvre lui permettant de faire face aux événements stressants et à la souffrance qu'entraîne son activité. Si la charge de travail augmente trop, les possibilités de compensation (pauses café où l'on plaisante ensemble, discussion agréable avec un malade, petits moments de repos en solitaire dans le calme, etc.) deviennent insuffisantes et la santé mentale est menacée.

Les syndicalistes infirmiers rencontrés ont eu un discours assez proche tout en introduisant, en plus, le thème de la reconnaissance par le salaire. A titre d'illustration, il est possible de citer Bernard Désormière, secrétaire général de la Fédération de la Santé et de l'Action sociale CGT, interrogé à propos des manifestations infirmières de 1988 (dans Fédération de la Santé et de l'Action sociale CGT, 1992) : « Le salaire qu'elles [les infirmières] perçoivent ne les considère pas. Leur place dans l'institution n'est pas reconnue. Leur qualification est niée ou sous-estimée. Les

rapports qu'elles ont avec l'environnement professionnel, la hiérarchie, l'administration sont encore de type pyramidal. [...] Le mécontentement né de cette "mal-vie" n'est pas une sorte d'humeur inconsistante ; il porte sur des points précis, concrets : les salaires, les effectifs, les horaires de travail, les contraintes, la productivité des actes. Il faut comprendre que lorsque l'on multiplie le nombre des entrées et qu'on accélère la rotation des malades, on augmente simultanément la charge de travail des personnels, des soignants. » Dans les deux cas – discours syndical et de certains médecins du travail – les effets pervers de la politique de gestion de la main d'œuvre et de rentabilisation de l'hôpital sont dénoncés : tout d'abord, la plus grande rotation des malades contribue à augmenter la charge de travail. Ensuite, le calcul au plus juste des effectifs ferait que les services seraient rapidement en sous-effectifs dès qu'il y a plusieurs absences en même temps[109]. Ceci aurait aussi pour effet de dissuader les infirmières de prendre des arrêts maladie en cas de coup de fatigue, d'où un risque d'accumulation de la fatigue et de décompensation brutale. Enfin, la position subalterne de l'infirmière par rapport au médecin expliquerait que l'organisation du travail dans les services ne tienne pas assez compte des impératifs du travail infirmier, d'où les interruptions fréquentes qui alourdissent la charge de travail. Toutes ces remarques ont parfois été faites par les infirmières interrogées, mais sans que cela ne donne lieu à une mise forme collective. Les médecins du travail et les syndicalistes seraient assez bien placés pour objectiver sous la forme de plaintes collectives ces mécontentements exprimés individuellement, mais les entretiens ont montré que beaucoup d'infirmières entretenaient une certaine méfiance à leur égard, ce qui contribue à marginaliser ces acteurs et le discours alternatif dont ils sont porteurs.

Par ailleurs, la politiques des institutions employeuses contribue également à masquer le diagnostic porté par les médecins du travail, comme le montre notamment l'exemple de l'AP-HP. Au départ, comme pour beaucoup d'autres innovations en matière d'action sanitaire et sociale, l'institution publique employeuse a plutôt une stratégie d'attente tandis que différentes

[109] Ce qui n'est pas rare, car la plupart des infirmières étant des jeunes femmes, les congés maternité sont fréquents. D'après les personnes rencontrées, il est fréquent qu'un congé maternité ne soit pas remplacé. Le cas a d'ailleurs été constaté lors de l'enquête.

expérimentations sont menées en son sein sous la forme d'initiatives locales et isolées[110] : un médecin du travail décide de se spécialiser dans l'étude du stress et de la souffrance des soignants ; une psychologue universitaire décide de consacrer sa thèse au *burn out* des personnels des urgences ; plusieurs chefs de services considérés comme « lourds » forment un groupe de réflexion sur la gestion du stress ; une demande en CHSCT central conduit à la formation d'un groupe de travail réunissant surveillants et médecins du travail, etc. Puis, l'AP-HP décide, pour répondre au mécontentement exprimé par les infirmières, de conventionner et d'aider une de ces initiatives. Le réseau initial qui s'était construit autour de cette expérience s'élargit et surtout s'institutionnalise. Il devient alors l'interlocuteur privilégié de l'institution sur la question et conditionne dès lors la politique officielle (rédaction d'articles internes, de brochures et d'ouvrages de référence, etc.). Captant la plupart des financements, il monopolise de plus en plus le pouvoir d'imposer sa représentation des choses contre les approches alternatives. Mais pourquoi telle initiative est privilégiée au départ plutôt que telle autre ? Deux raisons peuvent être avancées : tout d'abord, l'institution aura tendance à encourager de préférence les initiatives qui vont dans le sens de sa politique générale ; ensuite la plus grande proximité des acteurs engagés dans telle ou telle initiative avec l'institution et leur légitimité professionnelle constituent un gage important de réussite.

C'est de cette façon que l'on peut comprendre la relative éviction du débat des médecins du travail et le succès d'un groupe particulier regroupant des chefs de service, des psychiatres et des psychologues de l'AP-HP, des cadres infirmiers supérieurs, des formateurs de centres de formation continue, des kinésithérapeutes : le groupe « épuisement professionnel ». Celui-ci est coordonné par Pierre Canoui, psychiatre, et Françoise Dumesnil, directrice du centre de Formation Continue du Personnel Hospitalier de l'AP-HP. Son cahier des charges formule les principes suivants : « L'épuisement du personnel soignant est dû non seulement à la fonction de soignante elle-même, mais aussi au manque de reconnaissance (crise d'identité), aux

[110] Ce mécanisme a été observé, entre autres, par Anne Marie Guillemard (1986) à propos de la politique de mode de vie et d'insertion sociale des personnes âgées dans les années 1960, ou par Henri Bergeron à propos de la mise en œuvre de la politique française de lutte contre la toxicomanie (Bergeron, 1999).

dysfonctionnements dans l'organisation du travail et aux difficultés de s'adapter aux changements de la maladie, de la médecine et des demandes des patients. La formation a pour objectifs l'expression des difficultés actuelles et la prévention de l'épuisement professionnel. Les moyens utilisés dans ce but sont : le développement des connaissances sur le mécanisme de l'épuisement, l'utilisation de l'expérience acquise pour mobiliser les ressources, la recherche de moyens d'enrichissement et de ressourcement personnel pour éviter de s'épuiser dans la vie professionnelle (témoignages, prises de parole, exposés des situations analysées, approche des techniques d'affirmation de soi, approche corporelle, meilleure gestion des facteurs de stress perçus). » En plus de la mise en place de formations sur la prévention de l'épuisement professionnel pour les infirmiers et cadres infirmiers, le groupe a décidé de créer une plaquette destinée à sensibiliser le personnel soignant à la question, avec un test d'autodiagnostic. La rédaction d'un ouvrage de référence sur l'épuisement professionnel, coordonné par une psychologue travaillant auprès de la direction de l'hôpital Tenon (établissement de l'AP-HP), est également prévue par le groupe.

De cette reconnaissance officielle de la recherche sur l'épuisement professionnel, les médecins du travail sont les grands exclus, et au premier rang d'entre eux une grande spécialiste de la question, Madeleine Estryn Behar, auteur d'un ouvrage récent intitulé *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital* (1997). La mise à l'écart des médecins du travail et de leur discours alternatif s'inscrit dans une politique plus générale de rationalisation et d'expertise en matière de gestion de la main d'œuvre. L'AP-HP a ainsi décidé de centraliser les études sur les conditions de travail à travers la mise en place de la Délégation aux Conditions de travail, dirigée par Henri Poinsignon, inspecteur du travail de formation. La coordination des études sur les conditions de travail réalisées par des médecins du travail, mais aussi de plus en plus par d'autres intervenants[111], se trouvait ainsi sous la responsabilité d'un non

[111] Avant même ce changement institutionnel, les médecins du travail hospitaliers se sont trouvés marginalisés dans les études sur les conditions de travail des soignants. Un rapport officiel de la direction des Hôpitaux (Charpak, 1991) signale trois causes à cette marginalité : la difficulté pour le médecin du travail de faire sa place dans le milieu médical de l'hôpital ; l'insuffisance des compétences des médecins du travail pour la médiation entre partenaires sociaux, et l'intervention dans le domaine des

médecin, ce qui a été mal vécu par certains médecins du travail. Cette relative mésentente entre les médecins du travail et la Délégation aux Conditions de travail explique peut-être pourquoi les connaissances et l'expertise de ces derniers ont peu été mises à contribution dans les recherches soutenues par l'institution. Par ailleurs, cette situation générale se double d'une mésentente personnelle entre Madeleine Estryn-Behar et Henri Poinsignon. A la suite de cette histoire et de difficultés personnelles, cette dernière perd la plupart de ses fonctions à l'AP-HP et se trouve marginalisée par rapport à la recherche institutionnelle sur l'épuisement professionnel qui se met en place à l'AP-HP, malgré ses compétences reconnues sur la question.

Ainsi, si il n'est pas possible de dire que les médecins du travail et notamment Madeleine Estryn Behar ont été écartés intentionnellement du dispositif de recherche et d'action qui se met en place parce que leurs discours étaient partiellement contraires aux objectifs de l'institution, il faut tout de même remarquer que la logique gestionnaire qui a présidé à la réorganisation du secteur des conditions de travail a contribué à renforcer la marginalité des médecins du travail tout en favorisant l'apparition de nouveaux intervenants, experts spécialement recrutés pour l'occasion : consultants divers et notamment des psychologues dont le discours centré sur l'individu est compatible avec les objectifs de l'institution. Du fait de la faiblesse de l'action syndicale des infirmières (des recherches organisées par des médecins du travail auraient pu être menées par le canal de demandes syndicales en CHSCT, comme cela a été le cas pour les surveillantes), cette orientation dans la gestion de la mauvaise fatigue à l'hôpital n'a pas été sérieusement mise en cause. Les plaintes exprimées individuellement (par exemple lors des entretiens) par les infirmières sur la charge de travail responsable de fatigue et

conditions de travail de nombreux autres acteurs sans que soient impliqués les médecins. L'exemple de la prévention des lombalgies (deuxième cause d'arrêt maladie), cité dans le rapport, est intéressant : pour la direction et les surveillants, la solution passe par la formation des soignants à la manutention alors que pour beaucoup de médecins du travail il faudrait plutôt voir la question en termes d'ergonomie des postes, d'organisation du travail, d'effectifs et d'équipements. Mais faute de moyens et de compétences en ergonomie et pour l'intervention, les actions concrètes des médecins du travail restent limitées. « La direction et le personnel d'encadrement leur reprochent leur peu de présence sur le terrain et font appel le plus souvent à des organismes extérieurs pour la formation » (Charpak, 1991, p. 38).

d'insatisfaction (pas assez de temps pour « bien faire » le travail relationnel) n'accèdent pas suffisamment, en dehors d'explosions passagères (1988 et 1991), au statut de revendication collective. Cette situation, alliée à un principe de création unilatérale (par le ministère) des emplois fait que « les syndicalistes ne peuvent guère envisager d'actions locales efficaces sur ce registre » (Lallement, 1999, p. 99).

Finalement, une sorte de « collusion tacite » (de Swaan, 1988) semble se mettre en place entre les psychologues, l'institution, les cadres infirmiers et les infirmiers eux-mêmes pour admettre la vision dominante de l'épuisement professionnel comme une question de professionnalisation et de gestion du stress.

II- Routiers et traminots : deux formes d'introduction de la fatigue et du stress dans les conflits du travail

Les infirmières ne sont pas les seules salariées à adhérer à un compromis implicite, dans le cadre de conflits du travail, construit autour d'une définition plus ou moins partagée de la fatigue ou du stress. Des exemples analogues peuvent être trouvés à propos des chauffeurs routiers et des conducteurs de bus. Ces cas sont particulièrement intéressants dans la mesure où ils permettent de bien comprendre comment la prise en compte de la mauvaise fatigue au travail participe du processus de civilisation. Les chauffeurs routiers et les conducteurs de bus appartiennent à deux métiers qui ont récemment et à plusieurs reprises occupé une place importante dans l'actualité sociale. Par des mouvements de grève importants, tout d'abord, comme, par exemple, les conflits routiers de novembre 1996 et novembre 1997 ou le long mouvement de grève des traminots de certaines villes de province (Le Mans, Nice, Canne, etc.) qui débute en février 1997 ; mais aussi à la suite d'une nouvelle perception de ces activités comme parties prenantes de questions centrales dans l'agenda politique et social : implication des routiers dans les accidents de la circulation et surtout insécurité rencontrée par les conducteurs de bus dans les grandes villes. Dans les débats et les négociations qui ont suivi ces événements et ces évolutions, la fatigue et le stress liés aux conditions de travail spécifiques de ces catégories ont fait l'objet de revendications et de recherches importantes, devenant ainsi un enjeu parmi d'autres de ces conflits. Mais l'analogie entre chauffeurs routiers et traminots

s'arrête là. Les cultures professionnelles et syndicales propres à chacune de ces deux catégories, la nature différente de leurs employeurs respectifs, le fait de transporter ou non des passagers, expliquent d'importantes divergences dans la conception de la fatigue au travail. Pour les routiers, la revendication spécifique sur les conditions de travail est récente et reliée à une perception de la fatigue essentiellement comme usure physique ; de plus, le compromis se construit entre les salariés et l'Etat et non avec les employeurs. Les traminots, quant à eux ont tout à fait intégré le discours sur le stress – lié à l'insécurité – à leurs revendications en matière d'amélioration des conditions de travail et de réduction de la durée du travail, même si la dimension de l'usure reste présente dans leurs représentations.

Apparition de la fatigue comme axe de revendication et permanence du modèle de l'usure chez les chauffeurs routiers

Le métier de chauffeur routier est généralement considéré comme particulièrement fatigant du fait de conditions de travail difficiles et d'horaires très lourds (Pouy, Hamelin et Lefebvre, 1993). D'après une étude de 1977, les routiers travaillaient en moyenne 62 heures et 30 minutes par semaine, 25% d'entre eux dépassant les 70 heures. Le médecin du travail qui cite ces chiffres précise : « La fatigue est un exemple parfait des effets à court et à long terme des conditions de travail des routiers. Mais n'est-il pas normal que le travail fatigue, comme toute activité soutenue, diront certains ? Certes, mais il est bon de distinguer deux types de fatigue. La première, quotidienne, que l'on peut appeler fatigue physiologique, est directement liée aux efforts physiques ainsi qu'au niveau d'attention réclamé de la part du conducteur routier : elle se répare habituellement lors d'un repos véritablement compensateur. Mais à cette fatigue normale, vient s'ajouter une fatigue chronique ; liée au surmenage résultant des conditions de travail particulières au transport routier, elle est plus dangereuse et peut aboutir, parfois à l'insu du conducteur, à un véritable épuisement » (Dubois, dans Cassou *et al.*, 1985, p. 410). Cependant, malgré cette reconnaissance médicale, la fatigue des routiers n'est pas apparue comme un thème central dans les conflits

sociaux avant les années 1990[112]. Comment alors rendre compte des phénomènes récents d'objectivation de la fatigue dans le transport routier de marchandises ? L'apparition récente d'un discours important sur la fatigue dans le débat sur les conditions de travail des routiers peut être principalement expliquée par deux facteurs : les transformations des rapports entre chauffeurs, employeurs et puissance publique d'une part et l'intérêt croissant porté par les pouvoirs publics à l'implication de poids lourds dans des accidents graves de la circulation, d'autre part.

Traditionnellement, et malgré des conditions de travail qui ont toujours été difficiles (grand nombre d'heures de conduite, accidents de travail graves, problèmes musculosquelettiques[113]...), les plaintes concernant la fatigue au travail et ses conséquences (risque accru d'accidents) étaient minorées dans le cadre d'une culture professionnelle spécifique, adaptation aux contraintes

---

[112] C'est en fait de façon indirecte que la question de la fatigue était présente dans les grandes grèves de 1984 et 1992 : pour beaucoup de chauffeurs, la pénibilité des conditions de travail était gérée soit par le turn over et le départ « des moins aptes », soit par la capacité à s'adapter, physiologiquement et psychologiquement, aux contraintes matérielles et sociales du métier. La gestion des ces contraintes suppose une certaine flexibilité et une autonomie du chauffeur qui dépendent de la fluidité du trafic routier. Tout ce qui vient restreindre la liberté de circuler (contrôle policier, grève des douaniers, etc.) remet alors en cause les stratégies de récupération et d'adaptation à la fatigue et engendre des mouvements de révolte spontanés, mais souvent récupérés par les organisations patronales (Pouy, Hamelin et Lefebvre, 1993).

[113] D'après un médecin du travail, « chacun de nous sait apprécier le confort d'une voiture pour faire quelques kilomètres le dimanche ou pour se rendre à son travail. Pour le routier qui passe une part importante de sa vie au volant, c'est plus qu'une question de confort. Une mauvaise posture, des vibrations ont des répercussions sur sa santé. Si les véhicules récents tiennent compte des variations de taille et de poids des conducteurs, données fondamentales pour un poste plus ergonomique, les véhicules les plus anciens obligent les conducteurs qui n'entrent pas dans la catégorie moyenne à se débrouiller [...]. La nature et l'importance des vibrations sont liées aux caractéristiques du véhicule : vibrations de haute fréquence (30 à 40 hertz) dues au moteur, perçues par le siège, le volant, les commandes ; vibrations aléatoires de basse fréquence (2 à 4 hertz) liées aux irrégularités du sol [...]. Parmi les effets à long terme, spécifiques aux routiers, les douleurs rhumatismales occupent une place importante. Les routiers souffrent du dos, c'est un fait bien établi aujourd'hui. Les études épidémiologiques qui leur ont été consacrées ont montré que seule la hernie discale est significativement plus fréquente chez les conducteurs de camions que chez les autres catégories de la population. Qui plus est, elle est liée à la durée d'exposition au risque qui est ici le kilométrage parcouru » (Dubois, dans Cassou *et al.*, 1985, p. 411).

rencontrées : valorisation de la liberté du chauffeur, machisme[114], communauté d'opposition réunissant chauffeurs et employeurs face aux contrôles routiers, etc. Dans ce cadre, la pénibilité du métier de chauffeur est acceptée, voire même valorisée, et les tentatives des pouvoirs publics de contrôler l'activité des chauffeurs sont perçues non comme une ressource dans les revendications pour une amélioration des conditions de travail mais au contraire comme des atteintes intolérables à la liberté des chauffeurs. Une sorte de communauté d'opposition et d'intérêt lie entre eux les chauffeurs, les gros et les petits véhiculeurs, réclamant à la fois une aide accrue de l'Etat et un régime dérogatoire concernant les contrôles routiers, notamment après la mise en place du « mouchard électronique » et du permis à points. L'UNOSTRA et la FNTR, représentants des moyens et grands transporteurs, agissent comme un « lobby routier » et se définissent avec succès comme les porte-paroles de l'ensemble des acteurs du secteur. « Tout l'art de la manœuvre consiste à rétablir l'unité du monde routier par la négociation d'avantages redistributifs arrachés à l'Etat » (Ocqueteau et Thoenig, 1997, p. 407). Le conflit de 1992 est le dernier à illustrer ce type de jeu ; la principale revendication étant la réforme du permis à points et non l'amélioration des conditions de travail. Par contraste, les conflits de 1996 et 1997 ont pris une tournure tout à fait différente qui met en scène une opposition entre chauffeurs et employeurs ou donneurs d'ordres. « Les conflits de juin-juillet 1992 et de décembre 1996 montrent qu'en quatre années, les intérêts des chauffeurs se sont irréversiblement déconnectés de ceux de leurs patrons, ce qui explique aussi que les chauffeurs se positionnent différemment à l'égard des pouvoirs publics » (Ocqueteau et Thoenig, 1997, p. 410). L'apparition de grands groupes qui obligent les petits à durcir leurs conditions de travail, le développement du « juste à temps », les nouvelles techniques de transportage, contribuent à dissocier les intérêts des chauffeurs, de plus en plus sous pression, de ceux des donneurs d'ordres.

Ces changements participent au développement des revendications sur les conditions de travail avec au premier plan les plaintes sur la fatigue qui provoque usure et risques d'accidents.

---

[114] Cela n'empêche pas une marge de tolérance de la part des collègues et de certains employeurs pour ceux qui « craquent », la pénibilité du travail étant reconnue (Pouy, Hamelin et Lefebvre, 1993).

« A mesure que le processus d'industrialisation s'accroît, le camion devient un outil de travail déconnecté du rythme de vie du chauffeur, ce qui augmente en conséquence le risque potentiel de conflit dans l'entreprise dans un sens taylorien. On assiste au passage d'une situation d'infra-droit social où les chauffeurs admettaient de vivre un métier dur en échange d'une marge de liberté conséquente et d'un système de débrouille conforme à leurs intérêts, à une situation s'orientant vers un droit commun porteur de conflits internes et localisés à répétition [...]. Cette dynamique conflictuelle apparaît très visiblement lors des changements imposés parfois brutalement dans l'organisation du travail et des systèmes de calcul des rémunérations des temps de travail, car il provoque un bouleversement du cycle traditionnel des arythmies, surtout chez les routiers de longue distance » (Ocqueteau et Thoenig, 1997, p. 410).

L'autre facteur expliquant l'importance croissante de la fatigue dans le débat sur les conditions de travail des routiers est l'intérêt de plus en plus poussé des pouvoirs publics pour la sécurité routière en général[115] et le rôle joué par les poids-lourds dans les accidents graves en particulier. La présence sur les routes de chauffeurs épuisés par de nombreuses heures de conduite est de plus en plus considérée comme un risque intolérable. La médiatisation, dans les années 1990, d'accidents graves mettant en cause des chauffeurs ayant roulés plus de 15 ou 20 heures d'affilée, et des procès qui en découlent, joue un rôle important dans cette évolution des représentations. Dès lors, un intérêt commun peut lier pouvoirs publics et chauffeurs en faveur d'une application stricte des limitations d'horaire[116]. Comme l'écrit Michel Gollac (1997, p. 26), « un autre mode de mise au jour des conditions de travail est la création d'un lien avec des problèmes sociaux plus généraux. L'évolution de la perception du travail est alors parallèle à celle de la constitution de ces problèmes. Les pouvoirs publics font, à la fin des années 1980, un grand effort d'information et de persuasion en matière de sécurité routière, effort largement relayé

[115] Pour une présentation détaillée de l'intérêt croissant porté par les pouvoirs publics aux accidents de la circulation – et d'une diminution du seuil de tolérance de l'opinion publique à ce sujet – , voir Jean-François Laé (1996).

[116] Un symbole de cette nouvelle communauté d'intérêt a pu être observé en novembre 1997, quand le ministre des transports est venu partager un repas avec des routiers sur un barrage.

par les média et accompagné de mesures législatives ou réglementaires. Le pourcentage de salariés qui déclarent [lors des enquêtes « conditions de travail », menées en 1978, 1984 et 1991] risquer des accidents de la route en cours de travail passe de 17% en 1984 à 25% en 1991. »

Ce changement de perception des routiers à l'égard de la fatigue au travail est donc lié à la fois à la prolétarisation de leur condition et à une manifestation particulière du processus de civilisation : la plus grande intolérance à l'égard du danger représenté par les poids-lourds sur les routes. Avec la montée du trafic routier (automobiles et camions), les interdépendances entre les conditions de travail des chauffeurs routiers (elles-mêmes aggravées par l'augmentation du trafic) et la sécurité routière sont de plus en plus visibles et se traduisent sous la forme de préoccupations publiques de plus en plus fortes. Dans le même temps, on assiste à une « civilisation »des routiers eux-mêmes qui adhèrent de moins en moins à l'idéologie machiste, individualiste et antiétatique (dont « Tarzan », en 1992, avait été un des derniers représentants publics). La sensibilité aux conditions de travail et les préoccupations de santé deviennent de plus en plus fortes, d'autant que les nouvelles organisations du travail permettent de moins en moins de mettre en pratique cette idéologie. Le slogan de la journée d'action des routiers européens du 6 octobre 1999, contre la proposition britannique d'assouplir les limitations de temps de circulation, était « *la fatigue tue* ». Les routiers français et leur gouvernement ont fait cause commune autour de la défense des temps de repos au nom de la sécurité routière. Mais cette imbrication du développement de l'idée de mauvaise fatigue et du processus de civilisation dans le secteur du transport routier reste faible si on la compare à celle que l'on rencontre dans les transports des personnes, domaine dans lequel les interdépendances sont encore plus évidentes.

Le stress des conducteurs de bus dans les grandes villes

Si les chauffeurs routiers adhèrent peu au modèle du stress et de la fatigue nerveuse, préférant placer leurs plaintes dans le registre de la fatigue physique et de l'usure, les conducteurs de bus ont fait du stress et de la tension nerveuse la principale caractéristique de leurs conditions de travail. Leurs représentations de la fatigue au travail sont, en ce sens, plus proches de l'idée de

mauvaise fatigue telle qu'elle a été conceptualisée ici. Les conducteurs de bus sont également pris dans un ensemble d'interdépendances plus vaste que celui auquel se trouvent confrontés les chauffeurs routiers. Alors que les routiers transportent des marchandises et restent en concurrence aussi bien entre eux qu'avec d'autres modes de transport – ce qui limite la dépendance des autres secteurs économiques vis-à-vis du transport routier –, les conducteurs de bus transportent des êtres humains (à la fois plus précieux et moins prévisibles) et disposent d'une relative situation de monopole (même si l'usage de la voiture individuelle pour ceux qui en possèdent une, reste toujours une alternative possible) : une grève des traminots devient tout de suite, pour la collectivité publique employeuse, un enjeu politique et social (isolement de certains quartiers, réduction de la mobilité géographique des populations, etc.).

La nécessité est vite apparue pour les grandes compagnies de bus de prendre en compte la sécurité des passagers, donc de veiller à ce que les conducteurs aient les capacités physiques et mentales d'assurer leur service dans de bonnes conditions. Ainsi, dès 1924, la RATP met en place, sous la direction du psychologue du travail Jean-Marie Lahy, un laboratoire de psychotechnique ayant pour fonction de tester la résistance physique et nerveuse des conducteurs. La capacité de résister physiquement et nerveusement à une succession d'événements imprévus est ainsi mesurée en laboratoire par plusieurs examens et tests standardisés. Il s'agit essentiellement de sélectionner à l'embauche les individus possédant les qualités requises. Cependant, l'intérêt précoce de l'employeur pour ce qui sera plus tard qualifié de stress ne peut que renforcer la sensibilité des employés à ce type de risque. D'autant que les syndicats sont implantés dans ce milieu professionnel depuis plus longtemps et de façon plus profonde que parmi les chauffeurs routiers ou les infirmières. Ils ont ainsi contribué à ériger le thème de la santé mentale au travail en axe légitime de revendication syndicale. Les enquêtes sur les conditions de travail montrent bien comment la perception d'un risque particulier par une catégorie spécifique de salarié est largement dépendante des processus d'objectivation propres à une entreprise ou un secteur. La reconnaissance (par exemple sous forme de primes) ou simplement la prévention d'un risque par l'employeur tout comme

les processus de mobilisation syndicale sur une condition de travail particulière jouent un grand rôle dans ce processus (Gollac, 1997).

Deux autres facteurs viennent encore accroître la sensibilité aux conditions de travail en général et au stress en particulier. Tout d'abord la présence à bord des bus de passagers – avec lesquels les relations peuvent parfois être conflictuelles –, ce qui n'est évidemment pas le cas des chauffeurs routiers, apporte un risque de tension qui doit être assumé en plus de la conduite urbaine. Ensuite, principalement dans les grandes entreprises de transport comme la RATP, l'acceptation de la pénibilité de certaines conditions de travail inhérentes à l'activité spécifique (horaires décalés, nécessité d'une attention soutenue, chocs et vibrations entraînant des problèmes de dos, etc.) est souvent liée à l'intériorisation par les machinistes d'une logique de réciprocité implicite : les conditions de travail sont acceptées en échange de la garantie de conserver les avantages liés au statut (possibilité de départ en retraite à taux plein avant soixante ans, garantie d'emploi, etc.). C'est ainsi qu'Olivier Schwartz (1997) analyse la virulence de la réaction, en décembre 1995, des machinistes au projet de réforme de leur système de retraite : « Si le statut enveloppe implicitement une forme de reconnaissance des servitudes d'un travail, sa mise en cause signifie que celles-ci ne sont plus reconnues pour le poids de labeur qu'elles impliquent, ce qui est symboliquement invalidant pour les individus. De ce point de vue, l'affaire de la retraite touchait aux conditions mêmes de l'échange fondateur sur lequel reposent les obligations et le sens du travail [...]. Si la retraite a pu prendre une telle valeur d'enjeu dans le conflit de décembre, c'est aussi comme réparation de l'usure et des frustrations engendrées quotidiennement dans le métier. » Plusieurs extraits d'entretiens avec des machinistes viennent illustrer cette thèse : « Moi je tourne mon volant toute la journée, je m'arrête aux arrêts, j'ouvre les portes, je les ferme, ça s'arrête là, tu vois [...]. Parle à tous les gars comme moi qui commencent à être dans les quinze ans de maison, au bout de quinze ans qu'on te fait lever à n'importe quelle heure, manger à n'importe quelle heure... Bon, et tu dis à ces gars-là : "Attends, on va te passer à quarante annuités, dans les mêmes conditions de travail il va falloir que tu fasses trois, quatre, cinq ans de boulot en plus", le gars il te répond : "Non mais c'est pas possible, tu veux me faire mourir au travail ou quoi ? » (p. 457). Et un autre : « Bon, déjà, c'est un

boulot qui est dur nerveusement, si en plus... Puis, c'est un statut, on n'a pas à y toucher... On a un statut qui défend nos conditions de travail, on a quand même une Caisse d'Assurance sociale qui est superbe, on paie pas le médecin, on paie pas les médicaments, c'est vachement important, parce qu'au lieu d'attendre que tu soies malade vraiment pour appeler le toubib, ben là t'as la possibilité d'aller voir le toubib et qu'il te soigne » (p. 459). Ces citations illustrent d'ailleurs le fait que la plus grande possibilité de médicalisation de la fatigue, de l'usure ou du stress pour les machinistes de la RATP est perçue par certains d'entre eux comme un élément de cet échange implicite qu'évoque Olivier Schwartz.

Tous ces facteurs rendent bien compte des raisons d'une sensibilité accrue des machinistes et des traminots au problème de l'usure nerveuse et du stress. Mais l'élément décisif dans la visibilité sociale de cette question est constitué, depuis le début des années 1990, par le thème de l'insécurité. La très forte médiatisation des agressions de conducteurs ou des dégradations commises sur des bus (jets de pierres, graffitis, etc.) inscrit la thématique du stress du machiniste dans le cadre d'un problème social plus large et plus débattu : l'insécurité urbaine et la dégradation du climat social dans les « quartiers difficiles ». Les plaintes des chauffeurs sont ainsi largement relayées et objectivées par les médias. Dans un article du *Monde* (29/11/1997) intitulé « *Les transports urbains, nouveau théâtre de la fracture sociale* », les journalistes écrivent, par exemple, à propos des conducteurs d'un dépôt de Saint-Denis, en région parisienne : « Tous disent vivre dans "*le stress permanent*". A 24 ans, Stéphane Gantiez n'est conducteur que depuis un an. Il parle de l'accumulation des petits incidents[117]. Autour de lui, on acquiesce : "tout finit par devenir banal." Daniel Corchero raconte ce que peut-être "l'attaque de la diligence" : "En juillet 1995, ils attendaient à l'arrêt. Ils ont jeté de grosses pierres. Une vitre a explosé. Une femme perdait beaucoup de sang. J'ai été déclaré inapte à la conduite pendant dix mois." Un

[117] Le jeune âge et la faible ancienneté soulignée (« Stéphane Gantiez n'est conducteur que depuis un an ») du conducteur choisi comme exemple et sa mise en contraste avec le sentiment précoce « d'accumulation » renforce chez le lecteur l'impression qu'il s'agit bien d'une mauvaise fatigue (d'où le terme de stress) entraînant une usure ou des inaptitudes, comme dans le deuxième cas présenté, précoces, par opposition à l'usure qui ne se fait sentir qu'en fin de carrière, catégorie qui ne serait qu'intermédiaire entre la « fatigue normale » et la mauvaise fatigue.

autre décrit une bagarre entre deux bandes autour du bus : "Il y avait des armes. Certains se menaçaient avec des haches. Tous les jours, on se demande si on ne risque pas notre peau". »

Cette intrusion de la « fracture sociale » dans les conditions de travail des conducteurs de bus change totalement, selon le sociologue Eric Macé (1997) la nature du « stress du machiniste », alors même que la gestion du problème par les employeurs, comme la RATP, demeure inchangée : « Avec la mécanisation et l'industrialisation des activités de transport en commun au début du siècle, les questions de sécurité sont devenues essentielles à la bonne marche de la gestion des flux de voyageurs. C'est pourquoi, l'opérateur humain a été perçu, dès l'origine, comme un prolongement psychophysiologique de la machine, devant, comme cette dernière, répondre à des catégories objectives de fonctionnalité et de sûreté. D'où la définition psychophysiologique d'indicateurs "d'aptitude" à la conduite destinés à rationaliser le recrutement et la déqualification des conducteurs et machinistes. Les modes d'organisation de la RATP, fortement structurés par les syndicats, ont fait qu'à la déclaration médicale d'inaptitude à la conduite corresponde un statut particulier ouvrant droit à un reclassement interne en dehors des postes de conduite. Cependant, avec l'amélioration technique continue de la conduite des véhicules et la pression de la productivité, les facteurs de *stress* des machinistes sont moins liés à la conduite elle-même qu'aux tensions entre les différents régimes d'action, et à l'aggravation des tensions par le durcissement des conditions urbaines et sociales de son exercice. Cela signifie que le *stress* du machiniste, et sa composante de plus en plus importante qu'est le sentiment d'insécurité, reste principalement géré (outre des stages de préparation psychologique à l'agression) au moyen de cet instrument *déjà là* (et non pas *ad hoc*) qu'est la déclaration d'inaptitude. Ainsi, et alors que le métier de machiniste demeure jusqu'à ce jour sans perspectives de carrière, l'accroissement des tensions liées aux conditions de travail fait de la déclaration d'inaptitude quasiment la seule alternative à la conduite. Cela signifie qu'à l'isolement des machinistes s'ajoute l'empêchement d'une sortie de l'exaspération, de la peur, de l'insécurité autrement que par la dépression nerveuse, les blessures physiques, la bavure d'autodéfense, la démission ou la retraite » (Macé, 1997, p. 490).

Si Eric Macé souligne à juste titre les effets de médicalisation des problèmes relationnels induits par le système de l'inaptitude, la signification et la fonction sociale des stages psychologiques de préparation à l'agression est peut-être sous-estimée. Il est en effet intéressant de noter que l'on retrouve à la RATP une logique de gestion sociale des problèmes qui n'est pas sans rappeler ce qui avait été observé à propos des infirmières hospitalières : plutôt que de chercher une transformation difficile et coûteuse de l'organisation du travail, une solution plus simple paraît être la mise en place de formations psychologiques censées aider les agents à mieux supporter les problèmes. Dans une situation encore plus extrême, ces problèmes de nature collective sont traduits, à l'aide du savoir psychologique, en problèmes spécifiques à la personne et n'ayant qu'un rapport indirect avec le milieu de travail[118]. La psychologisation des problèmes de stress liés à l'insécurité urbaine semble en effet être la principale solution envisagée par les organismes employeurs.

C'est ce que commence à mettre en place le principal d'entre eux : la RATP. En faisant appel à une société de consultants en psychologie (*Stimulus-conseil en changement comportemental*), la régie lance en 1992 une enquête sur le stress. Pour le département « Politique et relations sociales », à l'origine du projet il s'agit de favoriser « une réflexion sur l'opportunité de créer une structure d'accueil à vocation anti-stress » (Henrion et La Sala, 1994). L'absentéisme et les inaptitudes pour dépression – qui représenteraient un tiers des inaptitudes à l'emploi – constituent, avec les souffrances et les revendications des machinistes, de sérieuses raisons d'agir sur le stress pour la RATP. Mais, malgré ces motivations, les solutions envisagées par l'étude restent très limitées et individualisées. Partant de l'idée que « le stress est une variable très personnelle et particulièrement subjective qui ne se laisse pas facilement circonscrire », l'enquête est principalement destinée à « aider le machiniste à s'impliquer dans une démarche de qualité de service » (Henrion et La Sala, 1994, p 4). Ainsi, les

[118] La même logique peut se retrouver également à l'Education nationale. Lors d'une discussion personnelle, une enseignante du secondaire ayant récemment effectué un stage sur la « violence à l'école » m'a rapporté son étonnement : pendant ce stage il n'avait pas été question des problèmes de violence et d'exclusion mais la psychologue animatrice avait cherché à faire parler les participants sur leur propre histoire comme pour y chercher quelque faille pouvant expliquer la souffrance morale.

variables liées à l'organisation du travail ou à la politique générale de l'entreprise ne sont-elles pratiquement pas intégrées à l'analyse, sauf dans le cas où elles participent de la nouvelle politique commerciale de la régie : « démarche qualité », ponctualité, sens commercial, amélioration des rapports avec la clientèle, etc. Par exemple, les propositions de changements faites « au niveau de l'entreprise » peuvent sembler minces[119] : « valorisation médiatique du métier » ; « plus grande cohésion avec les collègues et l'encadrement » et « éclairer le machiniste sur la conduite à tenir en cas de transgression du règlement » (*idem*, p. 4). L'essentiel des mesures à envisager se situe en fait « au niveau des machinistes » : « Inciter les machinistes à des comportements de santé et mettre à leur portée des techniques de relaxation » ; « favoriser le tutorat par des machinistes expérimentés » ; « développer une philosophie du machiniste pour une bonne préparation psychologique aux contraintes du métier » et « former les machinistes à la communication et à la gestion des conflits »(*idem*, p. 4 et 5). Ces propositions de mesures préventives sont accompagnées de mesures destinées à mieux prendre en charge les chauffeurs « stressés », notamment ceux ayant été victimes d'une agression : entretien individuel pour le conducteur agressé avec le chef de ligne ; développement des salles de sport et de détente, « étoffer les formations existantes anti-stress », accompagnement psychologique post-agression, « expérience basée sur l'expression par la peinture et le graphisme pour contribuer à maîtriser l'impact personnel des situations de stress » et « définition d'une structure d'accueil anti-stress » (*idem*, p. 7). Trois ans plus tard, des psychiatres consultants impliqués dans ce programme d'accueil, par « des intervenants spécialement formés », des conducteurs victimes d'agression (pour évaluer le risque, exprimer l'anxiété et apprendre une technique de relaxation) estiment que : « A gravité d'agression comparable, les conducteurs ayant bénéficié de cette procédure de suivi ont montré moins de signes de stress, d'anxiété

[119] Analysant l'insécurité comme une « coproduction » de la régie et des jeunes en difficulté, Eric Macé (1997) suggère des solutions plus radicales : revalorisation de la carrière de machiniste, amélioration des conditions de travail et confirmation du statut, politique tarifaire adaptée à une population jeune et exclue de l'emploi, développement du rôle des médiateurs, etc. L'objectif étant d'éviter que le bus ne devienne le lieu de « rencontre de deux ressentiments » : celui des conducteurs et celui des jeunes en difficulté.

et de dépression à une évaluation six mois plus tard. Chaque conducteur a bénéficié en moyenne de deux à trois entretiens » (André, Lelord, Légeron, 1998, p. 144)

Tout se passe comme si la principale solution envisagée par la régie, face aux souffrances psychologiques liées à l'insécurité et au développement des incivilités, se limitait à une sorte de super-professionnalisation des chauffeurs[120], renforcée par quelques techniques de soutien psychologique individualisé pour les chauffeurs. C'est ce qu'exprimait déjà la conclusion du compte rendu de l'enquête sur le stress des machinistes : « Manifestement, les meilleures solutions face au stress et face aux agressions sont à trouver auprès de ces machinistes qui savent le mieux s'intégrer à leur environnement et y développer une qualité relationnelle qui emporte l'adhésion des passagers. En définitive, le machiniste force le respect d'abord et surtout grâce aux qualités personnelles et humaines dont il fait preuve » (*idem*, p. 9). Finalement, il s'agit toujours d'adapter le salarié aux contraintes du métier. Parmi les transporteurs de province, cette tendance se retrouve sous une forme moins poussée. La plus grande nouveauté de ce type de problèmes ainsi que les plus faibles moyens de ces exploitants expliquent que les actions soient pour l'instant limitées à la sélection et à la formation initiale. Comme l'explique Alain Gille (directeur de la Régie des transports marseillais) dans la revue *Transports Publics* (avril 1997) : « La clientèle est devenue plus complexe et le métier nécessite plus de psychologie et plus de *self control* ».

Une logique similaire à celle qui avait été présentée à propos des infirmières peut être décrite : l'institution analyse les problèmes au seul prisme de ses préoccupations (modernisation du service public, prise en compte de l'usager en tant que client, introduction de préoccupations « commerciales », etc.) tout en excluant toute

[120] A propos de la revendication syndicale de faire accompagner le machiniste par un deuxième agent sur certains sites aux heures jugées « dangereuses », Pierre Weil, directeur du département bus à la RATP, répond : « Ce deuxième agent va se faire agresser à son tour. Ceux qui provoquent des accidents n'ont pas peur du nombre, bien au contraire […]. Dans ce contexte, nos machinistes, qui ont de plus en plus de mal à faire leur métier, ressentent un mal-vivre profond. Ils ne sont plus patrons dans leur bus : ils sont humiliés tous les jours et perdent de plus en plus courage. C'est pourquoi nous avons envisagé avec les syndicats une réflexion sur le métier de chauffeur de bus lui-même » (interrogé dans *Le Monde* du 08/10/1998).

remise en cause fondamentale des orientations en matière de restriction budgétaire. En cela, elle trouve un allié involontaire au sein de la nouvelle profession des psychologues dont la grille de lecture permet bien l'individualisation des problèmes et dont les membres sont à la recherche de nouveaux débouchés. Quant aux salariés, leur position est partagée : sensibles à la reconnaissance de leurs problèmes par l'institution et aux discours sur la professionnalisation de l'activité, ils cherchent néanmoins, par l'intermédiaire des syndicats, à déplacer la question dans le domaine des conditions de travail, des revendications de durée de travail et de salaires. La plus grande importance de l'action syndicale et la moindre référence à un engagement professionnel distinguent de ce point de vue les conducteurs de bus des infirmières. La prise en compte syndicale ou corporatiste du stress et de l'usure se traduit en effet directement en termes de revendications dans les conflits de travail. Pour les conducteurs de bus de province, les 35 heures et la retraite à 55 ans sont justifiées par la plus grande fatigue nerveuse engendrée par l'insécurité. Pour les chauffeurs de la RATP, comme le montre l'article déjà cité d'Olivier Schwartz, le thème de la pénibilité des conditions de travail est mis en avant comme justification d'une défense corporatiste des avantages acquis. La traduction des problèmes de stress ou d'insécurité en termes de gestion psychologique individualisée – c'est-à-dire le point de vue des employeurs –, plutôt qu'en termes de condition et de durée de travail – la position syndicale –, constitue donc un enjeu particulièrement important dans les conflits sociaux propres à ce secteur.

Le processus de civilisation et le contrôle psychophysiologique des salariés

A partir des trois exemples précédents, il est possible de comprendre comment le processus de civilisation conduit à une prise en compte de plus en plus importante de la mauvaise fatigue dans les relations sociales. Pour les trois activités professionnelles étudiées, l'intérêt porté par les employeurs ou les pouvoirs publics à la question de la fatigue au travail est né de la perception des interdépendances entre la santé des salariés et de nouvelles préoccupations de sécurité et de modernisation : l'argument central du BIT est que le stress et la fatigue du personnel infirmier représentent, dans un contexte de modernisation de l'hôpital et de

technicisation des soins, un danger pour la santé des populations hospitalisées. De même, c'est lorsque les pouvoirs publics se préoccupent de sécuriser les routes et de limiter les accidents mortels que la question du surmenage des chauffeurs routiers entre dans l'agenda politique. Enfin, le souci de sécurité pour les passagers explique également l'intérêt des grandes compagnies de transports publics pour l'étude de la résistance physique et nerveuse des conducteurs. La question de la fiabilité des hommes, de leur bon fonctionnement physique et psychique, devient essentielle à la coopération dans un réseau d'interdépendances de plus en plus complexe. Cela nécessite des capacités d'autocontrôle d'autant plus importantes que le système se complexifie et que les exigences de sécurité s'accroissent. Norbert Elias avait particulièrement insisté, dans son étude sur le processus de civilisation (Elias, 1973) sur l'importance de la pacification des routes comme métaphore idéale d'un phénomène plus général. La qualité et la densité du réseau routier représente en quelque sorte le degré atteint par le niveau d'échange entre les hommes. Plus les échanges sont fréquents et réguliers, plus le réseau routier et le besoin de sécurité sur celui-ci sont importants. La complexification et la pacification de la circulation, qui vont de pair, nécessitent et impliquent une transformation de l'économie psychique des hommes qui circulent sur ces réseaux routiers. « Regardons les routes cahoteuses, mal pavées, défoncées par la pluie et les intempéries de la société de guerriers régie par l'économie de troc. La circulation sur ces routes est à quelques exceptions près, minime, la menace qui vient de l'homme se présente sous la forme d'une attaque toujours à craindre par des guerriers ou des brigands. [...] La circulation dans les rues principales d'une grande ville de notre société différenciée exige un conditionnement très différent de notre appareil psychique. Le danger d'une attaque armée est réduit au minimum. Des automobilistes filent à toute vitesse. Les piétons et les cyclistes cherchent à se frayer un passage dans les carrefours encombrés. Mais cette régulation de la circulation présuppose que chacun règle lui-même son comportement en fonction des nécessités de ce réseau d'interdépendances par un conditionnement rigoureux. Le danger principal auquel l'homme est ici exposé est la perte de l'autocontrôle d'un des usagers de la voie publique. Chacun doit faire preuve d'une autodiscipline sans faille, d'une autorégulation très différenciée de son comportement

pour se frayer un passage dans la bousculade. Si jamais l'effort qu'exige cette auto-régulation dépasse les possibilités d'un individu, ce dernier et bien d'autres se trouvent en danger de mort » (Elias, 1985, p.192-193). La question de la limite de chacun face à l'effort physique et psychique, c'est-à-dire la fatigue, devient donc cruciale.

Au fur et à mesure que les individus se trouvent pris dans de nouvelles interdépendances, la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et donc de leur fatigue change. L'infirmière dans un hôpital où la division du travail est de plus en plus complexe, où la religion ne vient plus donner un sens à la souffrance, où un nombre grandissant de dimensions de la vie humaine (la mort, la maladie, la saleté, la pauvreté, etc.) sont abandonnées aux professionnels, se doit d'avoir un contrôle de plus en plus serré de ses propres réactions émotionnelles. Dans le même temps, elle éprouve le besoin de donner un sens à un malaise de plus en plus diffus, de plus en plus intériorisé. Les théories psychologiques, notamment celles du stress et du *burn out* répondent à ces attentes. Les conducteurs de bus également se trouvent pris dans des interdépendances relationnelles de plus en plus complexes. Les agressions, plus souvent verbales que physiques, dont certains sont victimes pourraient faire croire à un retour en arrière, au temps des brigands de grands chemins. Mais le contexte social est totalement différent, tout comme l'économie psychique des protagonistes. Le conducteur contemporain ne peut pas, du fait de la pression sociale extérieure et intériorisée, réagir comme le guerrier du Moyen Age. La réponse adaptée repose sur le « *self control* » et non sur l'agressivité. Comme l'infirmière avec le malade désagréable, le conducteur de bus doit savoir « prendre sur lui » et gérer son stress. Le conflit devient intérieur et le sentiment de mauvaise fatigue résulte de cette lutte de soi contre soi qui implique l'intériorisation du discours psychologique sur le stress et la fatigue. Ce dernier a alors la double fonction de donner un sens à la souffrance ressentie et d'être un instrument d'autocontrôle social. Il est également objectivé dans des représentations collectives qui sont le produit d'une coproduction essentiellement de la hiérarchie et de la direction pour les infirmières, des syndicats et des compagnies de transports publics pour les conducteurs de bus et de l'Etat et des syndicats pour le transport routier.

Par rapport aux infirmières et aux conducteurs de bus, inscrits dans un système plus complexe d'interdépendances du fait du caractère relationnel de leur travail, les chauffeurs routiers se trouvent, en quelque sorte, dans une phase antérieure du processus de civilisation. Se percevant jusqu'au début des années 1990 quasiment comme des travailleurs indépendants, l'expression de la fatigue représentait pour eux plutôt l'aveu d'une faiblesse individuelle. La progressive prolétarisation de leur condition ainsi que la prise de conscience de leur rôle dans les accidents mortels de la circulation ont conduit à une plus grande objectivation des problèmes d'usure et de surmenage, grâce au travail conjoint des syndicats et des pouvoirs publics. Mais à la différence des deux autres professions étudiées, les discours restent cantonnés à un état intermédiaire entre la « bonne » et la « mauvaise » fatigue (le surmenage, l'usure). La distinction n'a pas encore un sens aussi fort que pour les infirmières et les chauffeurs de bus. Cette situation peut alors s'expliquer par la position relative dans le processus de civilisation : pour les chauffeurs routiers, le conflit est moins un conflit interne qu'une opposition à l'exploitation patronale. La contrainte n'est pas intériorisée comme dans le cas de l'infirmière qui ne peut concevoir une opposition ouverte et franche entre ses propres intérêts et ceux du malade. A une position intermédiaire dans le processus de civilisation correspondrait une position intermédiaire dans la construction cognitive d'une distinction entre « bonne » et « mauvaise » fatigue.

III - Fatigue au travail et épanouissement personnel : une nouvelle morale ?

La comparaison entre les ouvriers et les infirmières au sujet de la gestion collective de la fatigue au travail montre bien que certaines catégories sont plus perméables que d’autres aux discours sur le stress et à la psychologisation des difficultés de travail. L’attitude favorable à la notion de mauvaise fatigue participe en fait d’une conception générale du travail qui n’est plus perçu comme un devoir social, mais de plus en plus comme un moyen d’épanouissement personnel. C’est ce changement dans la signification sociale du travail qui rendrait alors possible une régulation des conflits au travail autour des notions de mauvaise fatigue et de stress.

L'histoire du travail en occident peut être résumée par le passage de son indignité sociale dans l'antiquité et au Moyen-âge à sa valorisation dans la société industrielle et salariale (Castel, 1995). La situation actuelle ne serait alors que le prolongement de ce mouvement. Dès le Xe siècle, certains ordres monastiques vont valoriser, et imposer à leurs membres, le travail physique. Le travail, en effet, est le signe de l'expiation pour la faute originelle et le moine ne saurait s'y soustraire ; le Christ lui-même n'a-t-il pas passé une partie de sa vie dans l'atelier d'un menuisier ? De plus l'activité productive des monastères permet leur enrichissement matériel et leur donne la possibilité de pratiquer la charité et ainsi d'accroître leur pouvoir. Si certains ordres, comme celui des dominicains ne souhaitent vivre que de la charité publique pour mieux se consacrer à la prière, d'autres plus nombreux, comme les cisterciens estiment que la règle monastique n'est respectée que si l'on consacre cinq à six heures par jour à de durs travaux (Moulin, 1978). Pour ces derniers, la fatigue physique prend un sens spirituel positif. Pour la première fois dans l'histoire, le travail physique n'est plus pensé comme une nécessité imposée de l'extérieur mais comme une contrainte librement consentie que le moine accepte de s'imposer. C'est la raison pour laquelle, avec le concept d'acédie, les moines donnent une première approximation de notre actuelle distinction entre bonne et mauvaise fatigue. Le travail physique est source de bonne fatigue, tandis que le manque de volonté dans le travail physique comme dans la prière est le signe de la mauvaise fatigue. « Bien vite, l'accent fut mis sur le travail comme une manière d'échapper à l'oisiveté (*otium*) – mère, comme on sait, de tous les vices – à l'ennui, à la dépression (*acedia*), une façon de réagir contre le relâchement de la discipline » (Moulin, 1978, p. 258). Mais cette attitude monastique à l'égard du travail et de la fatigue reste longtemps marginale. Comme le remarque très justement Max Weber (1964), l'ascétisme monastique du Moyen Age ne se pose pas en modèle pour les laïcs ; la vie du saint, voire du moine, catholique dépasse largement le « minimum de moralité suffisant à la vie de chaque jour » (p.138) dans le monde. La pratique des indulgences le montre bien. La nouveauté, dans l'ascétisme prôné par Luther, est que la morale du travail est étendue à la vie courante de chaque croyant.

La première brèche importante ouverte dans le système de représentations négatives du travail est donc liée à la réforme (Weber, 1964). Le protestantisme fait du travail en effet, non plus une source de mépris, mais l'accomplissement terrestre de la volonté divine et impose à tous, et non pas seulement aux moines, cette nouvelle morale. Cette doctrine s'accordera tout à fait avec l'éthique bourgeoise de la besogne comme devoir moral et social. Pour se distinguer du noble, le bourgeois stigmatise l'oisiveté et glorifie le travail qui permet l'ascension sociale. Un tel schéma se rejoue, un siècle plus tard, pour la bourgeoisie et le prolétariat : quand le mouvement ouvrier devient plus organisé, à la fin du XIXe, le bourgeois, de plus en plus perçu comme un rentier, est à son tour stigmatisé. Le travail bien fait, le goût du bel ouvrage, deviennent des valeurs centrales de la culture ouvrière. D'ailleurs, pour Marx, seul l'ouvrier peut être considéré comme un travailleur productif. « Dans ces siècles troublés où peuples et classes s'affrontent, la force de l'ethos du travail réside dans son statut de quasi-mythe : il propose une figure de l'homme véritable, dans laquelle chaque classe sociale retrouve son image. L'homme par excellence est l'homme au travail ; la figure de l'homme déchu s'incarne dans l'homme oisif. Mais qui réalise le modèle du travailleur et qui déchoit en sombrant dans l'oisiveté ? Les réponses à ces questions sont inversées selon la position que l'on occupe dans la division du travail ; le bourgeois comme le prolétaire, sans oublier le paysan, revendiquent chacun pour soi l'étiquette positive en la déniant aux autres » (Lalive d'Epinay, 1995).

Une éthique du travail se développe donc à partir du XVIIIe siècle, d'autant plus forte que les mécanismes de la concurrence économique prennent peu à peu le relais des principes moraux pour imposer le respect de ces nouvelles règles de conduite. Comme le remarquait Max Weber (1964), « le puritain voulait être un homme besogneux, nous sommes forcés de l'être. » Christian Lalive d'Epinay (1995) résume ainsi cette éthique : « L'être humain est défini ontologiquement comme un être de devoir ; le travail (sous entendu le travail marchand) est le premier de ces devoirs, moyen par excellence du bon accomplissement des autres devoirs. La notion de devoir est étroitement liée à celle de responsabilité (ou liberté) individuelle, responsabilité envers soi et les siens, dans le présent et dans l'avenir.[...] Ainsi, la réalisation de l'individu

consiste à trouver sa juste place dans la société, elle passe par l'assomption d'une fonction et de rôles sociaux précis. »

Mais cette idée du travail comme devoir social semble aujourd'hui s'effacer au profit d'une idéologie du travail comme principal support de l'épanouissement personnel. La construction d'une identité sociale, pour soi et pour autrui, à travers le travail est ressentie comme de plus en plus indispensable au bien être psychologique. Le sociologue suisse Christian Lalive d'Epinay (1995) résume ce mouvement de la façon suivante : « L'ancienne conception de l'être humain avait une base sociale : l'être humain se réalise en assumant la mission dont l'investit la société ; la nouvelle anthropologie a une coloration bio-psychologique : l'épanouissement est affaire individuelle ; il est conçu comme l'heureux développement des dons et talents que porte chaque enfant. Le droit fondamental de l'homme n'est pas de vivre et de travailler, mais de vivre et de s'épanouir. Dès lors, la relation entre l'homme et la société s'inverse : c'est à cette dernière qu'il revient de produire un environnement favorable à l'épanouissement individuel [...]. La morale de l'épanouissement trouve des expressions doctrinales et des supports institutionnels, en premier lieu la culture psy, théories et pratiques psychologiques dont la vogue est énorme et dont le vocabulaire et même certains de ses concepts les plus abstraits sont peu à peu repris par les média puis adoptés par le langage courant. Au delà des conflits d'école, toutes ces théories ont en commun de proposer à l'individu une quête introspective de l'ipséité. Alors que la millénaire confession chrétienne consiste en un rituel par lequel le croyant demande sa réintégration dans un ordre cosmique, universel et objectif, la cure "psy" entraîne l'individu au fond de lui-même, aventure intérieure au cours de laquelle il doit trouver les fondements d'un équilibre propre, personnalisé. » Cette éthique de l'épanouissement n'annule pas la valeur du travail mais la transforme, d'autant que le chômage, à partir des années 1970, contribue, de manière parfois un peu contrainte, à renforcer l'attachement des individus à leur travail.

Les entretiens menés par les étudiants de première année AES en 1994 et 1998[121] auprès d'ouvriers et d'employés illustrent bien à la fois la persistance de l'éthique du devoir, surtout chez les ouvriers (« je suis content de faire un travail utile à la société » ; « Il faut travailler pour ne pas être à la charge des autres », etc.), et la progression de l'éthique de l'épanouissement personnel, surtout parmi les employés. Un gardien de prison explique ainsi : « Mon travail, je le vis assez bien dans la mesure où j'arrive à m'épanouir, j'arrive à entretenir des relations assez bonnes au niveau de ma fonction, au niveau aussi de la population pénale. A travers mon travail, j'ai pu acquérir une certaine forme de connaissance sur l'homme, sur l'être humain. Cela me permet de vivre avec les gens en sachant qu'ils sont différents de moi et surtout de les respecter. Je dirais que mon travail m'apporte une sorte d'épanouissement, à travers la connaissance, le milieu professionnel, une façon de penser, une façon de faire. » Si le travail semble pour certains être plus une occasion d'épanouissement personnel qu'un devoir social, il faut tout de même remarquer que seule une toute petite minorité (trois entretiens sur l'ensemble[122]) n'attribue à son travail qu'une fonction strictement instrumentale, c'est-à-dire ne considère son travail que comme un moyen d'obtenir un revenu ou des avantages matériels pour la vie hors travail. Cela est confirmé par la réponse à la question : « Que pensez-vous de l'expression "le travail c'est la santé" ? » Seules les trois personnes n'ayant présenté leur travail que dans sa dimension instrumentale ont répondu de façon nettement négative à cette question. Pour tous les autres, la réponse est positive, ou, dans certain cas partagée (« le travail c'est la santé si on a des conditions de travail qui sont correctes »).

La représentation du lien entre travail et santé révèle assez bien le sens que la personne interrogée donne à son travail et au travail en général. Pour ceux qui ne voient dans leur travail qu'une dimension instrumentale, le travail n'est pas pensé comme un facteur de santé et l'accent est mis au contraire sur les contraintes et surtout la faiblesse du salaire : « Tu me demandes si le travail

---

121 Les entretiens issus de cette enquête et cités dans ce livre ont été réalisés par Soumia Aklalouchi, Omar Boubétra, Tan Bui, Didier Hadjadj, Hanane Harchaoui, Jean-Pierre Mendy, Myriam Monti, Viviana Neuman, Benoit Ruta, et Vithia Tan.

122 Il s'agit d'un ouvrier spécialisé de 23 ans travaillant dans une imprimerie, d'une concierge de 26 ans et d'un opérateur de saisie codificateur dans un institut de sondage.

c'est la santé, je te répond le travail c'est le salaire » (opérateur de saisie) ; « Beaucoup de gens se tuent au travail pour rien finalement, parce qu'en fait, des fois, on a l'impression de survivre plutôt qu'autre chose et il faut beaucoup travailler pour bien vivre et finalement on vit difficilement » (concierge) ; « J'y crois pas moi [...]. Si ça se passe mal au boulot et que tu y es depuis cinq ans, t'as pas le choix, quoi, tu peux pas quitter ton boulot comme ça du jour au lendemain, surtout que tu as un appartement et des factures à payer... Mais la santé au boulot, non. J'y crois pas trop parce qu'il y a les soucis avec »(OS). Les personnes interrogées pour lesquelles le travail est plutôt considéré comme un devoir social associent généralement le travail à la santé physique, au fait de bouger, de se dépenser : « Dans un sens oui car je pense qu'avec toutes les activités faites chaque jour on se prépare mieux physiquement pour notre vieillesse » (ouvrier dans une entreprise de dératisation) ; « Oui, si on peut travailler, c'est que l'on se sent bien. Quelque part, le travail permet une dépense physique qui permet de conserver une certaine santé » (ouvrier ajusteur). Le travail est source de santé physique, mais il est aussi le signe, la preuve de la santé : pour travailler, il faut avoir la santé. Un maçon, chef d'équipe, explique ainsi : « C'est vrai que le travail nous apporte de l'exercice physique, à force de transporter des sacs de ciment, de tirer des câbles, de dégager le terrain. [...] C'est vrai qu'une personne qui passe sa vie affalée dans un canapé à se gaver de chips et de bière n'a pas la même santé que quelqu'un qui travaille comme nous. [...] Beaucoup de personnes qui travaillaient avec nous n'ont pas pu tenir le coup. » La dureté et la pénibilité des conditions de travail sont investies comme supports d'une identité positive. D'ailleurs, même quand les conditions de travail sont jugées difficiles, notamment du fait de la fatigue physique, le travail est présenté comme un facteur de santé car il permet d'éviter la honte du chômage, d'être à la charge de la société : « Travailler c'est la santé, bien sûr ! Je travaille depuis l'âge de 16 ans, je n'ai jamais pratiquement arrêté de travailler et je ne pense pas être en mauvaise santé, et je peux dire qu'effectivement, le travail, c'est la santé. Q : En fait le travail c'est comme... R : C'est comme une drogue, quand on a pris l'habitude de se lever tous les jours. [...] Et puis moi, je pense que je ne me vois pas, demain, aller pointer dans un bureau de chômage, parce que je serais malheureux. [...] Moi, personnellement, je l'ai toujours dit, les gens qui sont ici me

connaissent bien, je ne pense pas être quelqu'un de feignant, je ne pense pas être quelqu'un qui profite de la société » (ouvrier d'entretien) ; « Oui, moi je le pense [que le travail c'est la santé] car rien faire, il y en a ça leur convient, mais à moi non. Je ne suis pas du genre à rester assise et puis attendre que ça vienne, ou dire : "je vais rester au chômage parce que c'est bien" Pour moi, le travail c'est la santé, moi, il me faut une activité [...]. Q : Même si l'ASSEDIC vous rémunère ? R : Ah, non, même si je gagne moins qu'au chômage ! Le chômage, pour moi, c'est pas une solution [...]. Je ne suis pas du genre à dire : "bon ben c'est rien, même après le chômage il y a le RMI ou des trucs comme ça"... Non ce n'est pas du tout mon point du vue » (concierge). L'éthique du devoir permet donc la construction d'une image de soi positive malgré les contraintes, le faible salaire et la pratique d'une activité peu valorisante. D'après une recherche, menée auprès de 200 travailleurs hollandais ayant des salaires faibles, à propos de l'effet de la politique de minima sociaux sur la motivation au travail, la fierté de ne pas dépendre de la solidarité nationale constitue un puissant facteur de bien être et de renforcement de l'identité personnelle (Eijdems, 1996)

Enfin, les personnes ayant mis en avant l'importance du travail dans l'épanouissement personnel, insistent plutôt sur le lien entre activité professionnelle et « santé morale ». Le gardien de prison déjà présenté répond ainsi : « Le travail est nécessaire pour la vie d'un homme, et travailler permet de se dire que l'on est capable de faire quelque chose, d'apporter à la société, d'y participer. Tout homme qui ne travaille pas a, à un moment donné, des conflits intérieurs, car lorsqu'on travaille, on libère l'énergie que l'on a en soi à travers la création. » Le terme « d'équilibre » est également utilisé par ce vendeur en téléphonie mobile : « Le travail accompagne l'homme toute sa vie, il est un cadre de vie, il régule son activité, il donne au travailleur un rythme de vie et assure son équilibre. [...] Parallèlement, l'activité professionnelle est un enrichissement de l'esprit. » Les autres personnes qui se réfèrent à l'idée d'épanouissement par le travail (surtout des secrétaires, des vendeurs, des aides soignantes, une hôtesse d'accueil dans une mairie) insistent sur les rapports avec les collègues, le public, comme source d'enrichissement, sur l'importance des règles collectives dans la structuration de la personnalité et sur l'importance de la confrontation avec la réalité dans le

développement des capacités individuelles. Malgré un niveau hiérarchique peu élevé, ces personnes déclarent s'investir dans leur travail et en attendre autre chose que le salaire. Un tel discours, qui semble plus fréquent en 1998 qu'en 1994, ne concerne donc pas que les cadres supérieurs et témoigne de la diffusion du « modèle managérial » (Ehrenberg, 1991 ; de Gaulejac et Aubert, 1991). Dans certains cas, l'employé semble reprendre à son compte le discours de l'entreprise sur la responsabilité individuelle, la motivation et l'investissement personnel. Le vendeur de téléphones déjà cité explique son recrutement par sa motivation : « L'entreprise cherche avant tout quelqu'un de disponible, motivé, sachant prendre des responsabilités et des initiatives. Q : Quelles sont vos motivations ? R : je cherche à me former avant tout. Je suis une formation continue au sein de mon entreprise afin de progresser dans le métier de la vente et monter dans la hiérarchie. » Pour d'autres, même en l'absence d'idéologie d'entreprise, le lieu de travail est perçu comme un lieu de socialisation important que rien ne peut remplacer. « En fait, le travail, c'est comme une deuxième famille » déclare une aide-soignante.

Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac (1991) expliquent le succès de cette idéologie « managériale » par la conjonction de deux phénomènes : tout d'abord « la montée du narcissisme » (p. 154) qui se traduit par la recherche de la réalisation personnelle, du mieux être. Le « cocooning » (replis sur les valeurs du foyer, de l'intimité) et l'attirance pour l'aventure extrême seraient deux symptômes de cette attitude dont le développement pourrait être rattaché au déclin des « grands systèmes de sens » que sont la religion et la politique. Dans le même temps, l'entreprise s'affirme de plus en plus « comme porteuse de sens, de projet, d'identité » (p. 158). Pour faire face à la concurrence, s'adapter à une demande de plus en plus instable, pour augmenter sa productivité, l'entreprise cherche à canaliser à son profit une partie de l'énergie, de la motivation des ses employés. Par la communication interne ou la mise en place de procédures d'intéressement, elle se présente comme un lieu d'épanouissement et de réalisation de soi à travers les objectifs de l'entreprise.

Le sens donné au travail joue un rôle déterminant dans les représentations de la fatigue, comme le montrent les réponses à la question : « Votre travail est-il source de fatigue ou de stress ? » Le fait de penser le travail comme un devoir social, en tant que

moyen d'épanouissement ou plutôt comme un simple instrument pour d'autres fins (avoir de l'argent pour consommer) n'est pas indifférent quant à la façon dont est vécue la fatigue au travail : quand le travail est perçu essentiellement dans sa dimension instrumentale, les réponses sont toujours positives. Mais il s'agit alors d'une fatigue physique liée à des conditions de travail pénibles. Cette fatigue au travail est considérée comme normale, dans le sens où elle résulte d'une activité pénible et fatigante. A ce titre, la distinction entre bonne et mauvaise fatigue n'a pas véritablement de sens. Les réponses sont courtes et sont présentées comme évidentes, elles ne nécessitent pas de longues explications. Assez souvent, ceux qui associent plutôt au travail l'idée de devoir semblent minimiser la fatigue au travail ; pour les autres, la fatigue est surtout présentée sous la figure de l'usure ou du surmenage : « à la limite, c'est pas tellement qu'on va être fatigué, mais on va se faire mal au dos » (cariste) ; « Mon travail est source de fatigue car je dois voir une dizaine de patients dans la journée. Il n'y a pas de stress, car je discute beaucoup avec les patients » (aide-soignante). Le stress, en effet, est peu signalé par les personnes pour qui le travail est surtout un devoir social ; quand cela est le cas, il est le plus souvent lié à la pression des supérieurs pour accélérer le rythme de la production, mais il ne fait pas l'objet de longs commentaires.

Finalement, les réponses les plus longues et les plus précises au sujet de la fatigue et du stress sont données par les personnes pour qui le travail représente une source d'épanouissement personnel. Il s'agit alors essentiellement d'une fatigue mentale liée à des stress professionnels. Deux sources de stress sont alors particulièrement évoquées. Tout d'abord le stress lié aux responsabilités du poste de travail. Ainsi, pour le vendeur en téléphonie, « à partir du moment où l'entreprise donne des responsabilités à ses employés, ils sont soumis à un stress permanent. Le stress motive l'employé, le pousse à bien faire son travail. Le stress pousse à l'effort, mais il est synonyme de fatigue. Ainsi, mon travail assimile stress et fatigue. » Le stress peut aussi être provoqué par les relations difficiles avec le public. Le gardien de prison déjà cité explique bien ce phénomène : « D'un côté le travail peut apporter des choses plaisantes, mais de l'autre, il peut être source de conflits intérieurs, de stress, de peur. Quand je vais travailler, je me demande avant comment cela va se passer. Mon

travail m'apporte pas mal de stress car il faut gérer les situations quand on les vit, il faut savoir les appréhender. Il faut que je vive mon travail au jour le jour et faire avec. Ce n'est pas évident, car lorsque l'on rentre dans un milieu fermé comme la prison, on a à faire à des détenus qui ont tué, qui ont violé la loi. Quand j'ai commencé à travailler, je ne dormais pas le soir, je n'avais pas la paix, je souffrais énormément, car voir des personnes privées de liberté me révoltait. » La fatigue qui est décrite est alors clairement une mauvaise fatigue. Elle est liée à l'impossibilité d'appliquer totalement l'idéal professionnel intériorisé. Le surveillant de prison se plaint du manque de personnel qui empêche l'établissement d'une situation de respect mutuel entre surveillants et détenus, une hôtesse d'accueil regrette de ne pouvoir assez bien informer le public du fait du manque de temps, une aide-soignante explique que la faiblesse des effectifs gène le travail relationnel, etc. En fait, cette mauvaise fatigue est justement l'autre face de ce qui fait que le travail est pensé comme un lieu potentiel d'épanouissement. Stress et épanouissement ont donc la même origine : la responsabilisation et les relations avec le public sont présentées à la fois comme des occasions d'enrichissement personnel et comme des facteurs de stress, de mauvaise fatigue.

Le discours sur la mauvaise fatigue peut se comprendre comme le résultat de la diffusion d'une éthique de l'épanouissement. L'exemple des infirmières est particulièrement clair à cet égard, mais des logiques similaires se retrouvent dans d'autres métiers « relationnels » pourtant moins élevés dans la hiérarchie sociale (vendeur, gardien de prison, hôtesse d'accueil, aide-soignante[123]). Le discours sur la mauvaise fatigue, sur ses causes et ses remèdes, devient alors un moyen de réguler les écarts entre l'idéal professionnel proposé par l'entreprise ou par les pairs et une réalité qui n'est pas toujours très épanouissante. C'est donc bien la forte attente à l'égard du travail et non le rejet du travail qui est à l'origine du sentiment de mauvaise fatigue. Celle-ci prend la forme d'un conflit intérieur. Ce ne sont plus les supérieurs qui imposent le rythme, les contraintes, mais le travailleur lui-même, au nom de sa motivation ou de son idéal professionnel, même si l'employeur peut chercher à manipuler à son profit ces

[123] Quatre aides soignantes ont été interrogées par les étudiants de première année AES, deux avaient plutôt un discours proche de l'éthique du devoir alors que les deux autres pouvaient être rapprochées de l'éthique de l'épanouissement.

représentations. Le discours sur la mauvaise fatigue est aussi un moyen d'intérioriser cette nouvelle morale, à l'image du vendeur de téléphones pour qui le stress est à la fois une bonne et une mauvaise chose, ou de l'infirmière qui cherche à être plus professionnelle pour gérer son stress.

Mais tous les salariés n'ont pas nécessairement intériorisé l'idéologie « managériale » ou une morale professionnelle et l'identité au travail repose pour certaines catégories sur d'autres bases comme le « retrait » de l'ouvrier taylorisé ou la « fusion » corporatiste des mineurs ou des cheminots, pour reprendre les termes proposés par Sainsaulieu (1977). Or ces fondements identitaires traditionnels sont de plus en plus remis en cause sous le triple effet de la montée du chômage qui fragilise la position des salariés, des transformations des systèmes productifs qui rendent moins nécessaire le travail d'exécution et de la diffusion auprès des chefs d'entreprise et de l'encadrement de la mode « managériale » (Aubert et de Gaulejac, 1991) et du « culte de l'excellence » (Ehrenberg, 1991). D'une part, les salariés qui investissent ces nouveaux référents identitaires éprouvent des difficultés existentielles liées au décalage entre l'idéal, professionnel ou de l'excellence, et la réalité ; d'autre part, les autres salariés voient, pour une partie d'entre eux, leurs supports identitaires traditionnels remis en cause par les nouvelles exigences en matière de gestion (ou d'exploitation ?) de la main d'œuvre. Dans le premier cas, le discours sur la mauvaise fatigue est un moyen d'exprimer la souffrance perçue tout en offrant des outils idéologiques (le stress positif du commercial, la juste distance de l'infirmière, etc.), tandis que dans le deuxième cas se développe une souffrance mentale diffuse, avouée à demis mots, et que cherchent parfois à objectiver certains médecins du travail ou certains syndicalistes (ce qui donne lieu à de nouveaux types de discours sur la mauvaise fatigue au travail). Cette souffrance est particulièrement ressentie du fait de la précarisation d'un grand nombre d'emplois ouvriers et employés et des pressions productivistes que permet cette précarisation.

Le processus de civilisation implique en effet à la fois un autocontrôle de plus en plus étendu des pulsions et une individualisation croissante qui pousse l'individu à être son propre maître. Les directeurs des ressources humaines interrogés par Claude Dubar (1991) ne font que pousser à l'extrême cette logique contradictoire : l'employé doit pouvoir se motiver lui-même, être

son propre directeur, tout en restant soumis à l'entreprise et à son impératif de productivité et de profitabilité. Le résultat de cette évolution peut être résumé par la formule d'Elias (1985, p. 271) : « Une partie de tensions susceptibles d'être déchargées dans des corps à corps impitoyables est maintenant l'enjeu du combat intérieur que l'individu se livre à lui-même. » Le « corps à corps impitoyable » dont parlait Elias était celui du chevalier dans les guerres et les tournois qui occupaient sa vie. Dans le monde du travail qui nous intéresse ici, il faudrait comprendre plutôt « la lutte des classes » sous ses différentes formes (politique, syndicale, sous forme de résistance collective dans l'atelier, etc.). En fin de compte, le conflit social intériorisé – que cela soit à cause de la pression du chômage, au nom de l'idéal professionnel ou du fait de l'adhésion à l'idéologie managériale – explique alors ce sentiment de mauvaise fatigue liée au travail, le plus souvent exprimé à travers le terme de stress. Une psychanalyste et anthropologue, Christine Durif-Bruckert (1994, p. 117-118) résume ainsi la représentation sociale du stress à partir d'entretiens approfondis : « Le stress est toujours le signe d'une violence subie qui, parce qu'elle est quotidiennement renouvelée, ne s'annonce pas comme telle et piège à petit feu sa victime. Ainsi s'instaure une sorte de mauvais réglage et/ou de dérèglement entre des incitations sociales trop exigeantes et les capacités de l'individu. [...] Sentiment d'impuissance face à un adversaire sournois, impalpable, nommé le plus souvent vitesse ou pression. » Si les contraintes, les pressions, résultent directement de la configuration d'interdépendance dans laquelle se trouve pris l'individu, la complexité des ces interdépendances et surtout l'intériorisation des conflits explique pourquoi « l'adversaire » est perçu comme impalpable, même si parfois des boucs émissaires sont désignés.

La psychologisation des rapports sociaux et la montée en puissance des discours sur le stress et la mauvaise fatigue comme moyen de régulation sociale n’est possible que dans la mesure où le travail deviendrait de plus en plus un lieu de production d’identités individuelles plutôt que collectives. L'individualisation des mécanismes identitaires, produit du processus de civilisation et de la division du travail – qui engendre comme l'avait vu Durkheim, des interdépendances croissantes – se caractérise par un besoin nouveau d'épanouissement personnel. Mais celui-ci ne peut se faire que dans la reconnaissance par autrui. Comme le remarque

François de Singly (1996, p.13), « le travail de tout individu est de parvenir à découvrir cette identité personnelle, cachée au fond de lui-même – cette identité que nous nommerons "intime". Il n'y parvient donc pas par l'intériorisation de règles de morale, par le fait d'apprendre à jouer des rôles préétablis. La conception moderne de l'individu dévalorise les rôles (ce qu'il se représente comme tel), exaltant au contraire l'originalité et encore plus l'authenticité (comme sentiment de fidélité à soi-même). Elle présuppose donc une identité latente, une croyance en une nature (aimable), source de notre moi. [...] Les sociétés modernes ne suppriment pas la dépendance, l'interdépendance, bien au contraire. [...] L'identité latente de soi ne peut être connue que parce que d'autres la reconnaissent comme telle, c'est-à-dire définie comme strictement personnelle, et non selon des logiques d'appartenance à des groupes et à des statuts (appartenir au groupe des hommes, des jeunes, des ouvriers...). » Si cette reconnaissance peut s'opérer au sein de la famille, elle est sans doute plus problématique dans le monde du travail qui n'est pas fait pour ça. D'où le risque de souffrance au travail et son éventuelle médicalisation. Cette dernière, qui est de plus en plus souvent une psychologisation, peut alors offrir une sorte de substitut à une reconnaissance problématique comme le montre à l'extrême l'exemple de l'infirmière et du psychologue. Le psychologue se présente en effet comme le spécialiste de la révélation de cette « identité intime ». Son discours sur la mauvaise fatigue donne alors à celle-ci un sens cohérent à la fois avec le désir d'individualité mais également avec les contraintes qui pèsent sur l'individu (comment bien vivre dans le contact avec la maladie, la mort ; en étant soumis à des impératifs de rendements, etc.). Le thème de la gestion du stress et de la mauvaise fatigue, en individualisant la question de la fatigue née de transformations dans l'organisation, les conditions et les représentations du travail et joue ainsi à la fois une fonction de gestion individuelle de la souffrance morale et une fonction collective de régulation sociale.

Conclusion

L'enquête sur l'histoire des discours à propos de la fatigue a révélé le riche passé de nos représentations actuelles. Dès le IVe siècle, les écrits théologiques sur l'acédie des moines posent les prémisses d'une distinction entre bonne et mauvaise fatigue, évoquent les difficultés du travail intellectuel ou spirituel et associent le contrôle moral et social au discours sur la santé. Ces dimensions se retrouvent par la suite dans les discours sur la mélancolie, les vapeurs, la neurasthénie et sont toujours présentes à propos des entités contemporaines de fatigue : syndrome de fatigue chronique, *burn out*, etc. Longtemps, la mauvaise fatigue est considérée comme l'apanage exclusif des couches supérieures et des élites intellectuelles. La fatigue du peuple ne devient un sujet de préoccupation que lentement, lorsque les plus riches prennent peu à peu conscience des liens qui unissent leur sort à celui des plus pauvres (de Swaan, 1995). La crainte du « déclin physique et moral » des ouvriers et le manque de fiabilité de la machine humaine, qui se fait de plus en plus sentir alors que l'industrialisation réclame une main d'œuvre plus précise et plus productive, font que la fatigue physique devient un sujet de préoccupation. Mais il faut attendre l'action de médecins engagés (Henri Wallon, Louis Le Guillant, etc.), relayée par le mouvement syndical, pour que le droit de souffrir de la mauvaise fatigue soit reconnu aux catégories populaires : la démocratisation de la fatigue est allée de pair avec celle de la société et du savoir médical. Mais cette démocratisation et la domination de plus en plus forte de l'approche biomédicale en médecine conduisent les élites de la profession à faire preuve d'une certaine prudence à l'égard de la fatigue, laissant cet objet aux membres de segments plus marginaux : psychiatres non organicistes, généralistes, médecins du travail, psychologues, etc. En fait, si les acteurs médicaux ont joué un rôle dans la conceptualisation de la notion de mauvaise fatigue, celle-ci ne se développe véritablement qu'en réponse à des besoins sociaux spécifiques : difficultés des moines anachorètes,

intégration des courtisans « disqualifiés » par la centralisation du pouvoir royal, etc. D'ailleurs l'acédie n'était pas une entité médicale, mais un concept théologique et ce n'est que progressivement que les médecins vont s'emparer de la question de la fatigue et la conceptualiser dans leur propre cadre théorique. C'est la situation sociale spécifique – qui peut être lue à travers le cadre général du processus de civilisation – qui permet de rendre compte du développement, dans un milieu social donné, de la notion de mauvaise fatigue et non la seule action des professionnels de santé.

L'exemple des discours sur le stress et l'épuisement professionnel des infirmières permet bien d'illustrer cette hypothèse. Lorsque qu'elles sont interrogées sur leur fatigue, les infirmières évoquent très souvent leurs relations avec les malades et leur position dans la division professionnelle du travail à l'hôpital : la fatigue est plus ou moins implicitement vécue comme une conséquence des difficultés à mettre en œuvre la compétence professionnelle propre de l'infirmière dans son rapport au malade. La reconnaissance éventuelle de son dévouement et de sa gentillesse, qui sont des qualités profanes plus que professionnelles, ne lui suffit pas pour se distinguer de l'aide-soignante tandis qu'il lui faut aussi affirmer une compétence spécifique et différente par rapport au médecin : le travail relationnel et l'approche globale représentent en quelque sorte la juridiction idéale de la soignante. Face à ces difficultés dans les relations avec le malade et la mise en œuvre du rôle professionnel, l'infirmière va chercher à donner un sens au malaise qu'elle ressent. Des entretiens, il ressort que deux grandes interprétations cohabitent souvent dans l'imaginaire infirmier. Dans la première, l'infirmière ne peut pas remplir pleinement son rôle par manque de moyens et de considération : le manque d'effectifs, le fait que les médecins ou l'administration ne prennent pas assez au sérieux son travail spécifique et une gestion des lits centrée sur la rotation la plus rapide possible dès que le problème médical est traité font que l'infirmière n'a pas le temps de s'investir dans une relation constructive avec le malade. La deuxième interprétation peut être résumée par l'idée que les problèmes de fatigue et de stress résultent d'une insuffisante professionnalisation de l'infirmière. C'est donc en tant que professionnelle que l'infirmière devrait pouvoir gérer ses rapports au malade, en s'appuyant sur des

connaissances en « science infirmière » (faite d'éléments pris en médecine, en psychologie, en anthropologie, et dans la tradition des écrits sur la profession). Selon l'image idéale, elle doit donc pouvoir séparer son moi personnel de son moi professionnel et de cette façon éviter de prendre sur elle la souffrance des malades. Au contraire, l'épanouissement personnel devient un devoir pour pouvoir apporter au malade l'aide dont il a besoin sans que les problèmes personnels ne rejaillissent sur le travail.

Si la deuxième interprétation est surtout portée par les cadres infirmiers, elle est aussi reprise par certaines infirmières, notamment les plus jeunes qui ont été sensibilisées aux théories psychologiques sur le *burn out*. Celles-ci, en effet, dessinent en négatif l'idéal professionnel de l'infirmière qui, à la fois, ne s'épuise pas émotionnellement en ayant une relation trop « profane » avec ses malades, et évite la dépersonnalisation et l'indifférence vis-à-vis des patients. Les tests psychologiques utilisés pour "mesurer" l'épuisement professionnel ne font en fait qu'objectiver la deuxième interprétation au détriment de la première. La politique des institutions (ministère de la Santé, directions hospitalières...), de l'encadrement et parfois des chefs de service, qui font appel à des psychologues pour gérer les problèmes liés à la fatigue et au stress des infirmières (revendications collectives, absentéisme, problèmes de recrutement, difficulté de prise en charge de certains malades, etc.) sans remettre en cause leurs propres objectifs, contribue également à officialiser la deuxième interprétation et peut même devenir un moyen de prévenir les conflits, les infirmières étant partiellement satisfaites de cette reconnaissance de leurs difficultés. Par contre, les acteurs qui se sentaient plus proches de la première interprétation, notamment les syndicats et certains médecins du travail se trouvent marginalisés, d'autant plus facilement que beaucoup d'infirmières expriment à leur égard méfiance et scepticisme. La comparaison avec les conducteurs de bus semble à ce titre particulièrement instructive : face à la montée des incivilités et des actes de vandalisme contre les bus ou les chauffeurs, à la complexification de la circulation routière, ils développent également un discours sur le stress où cohabite une double interprétation : manque de moyens et manque de professionnalisme. Là encore, les directions cherchent à orienter leur gestion du problème vers le deuxième type d'interprétation ; mais les chauffeurs de bus sont beaucoup plus syndiqués ; cette

stratégie est donc moins efficace que pour les infirmières et, face aux conflits sociaux, les pouvoirs publics et les employeurs sont aussi contraints d'agir sur les moyens (plus de forces de police, recrutement « d'agents d'ambiance », etc.). Le discours sur le stress du machiniste est donc moins développé, moins institutionnalisé, que celui destiné aux infirmières.

Dans ce livre, le choix a été fait de commencer plutôt l'analyse par le niveau des discours, car c'est à ce niveau là que la notion de mauvaise fatigue est d'abord observable. Mais les discours ne sont pas des réalités autonomes indépendantes des acteurs qui les portent et des situations sociales dans lesquels ils se développent. Des discours, il a donc été nécessaire de chercher à passer au niveau des interactions, qui déterminent les processus d'étiquetage, et des formes de régulation sociale qui en résultent. Enfin, il n'est pas possible de ne considérer les discours sur la fatigue que comme des ressources symboliques dans les stratégies des acteurs collectifs et individuels sans rendre compte des souffrances individuelles qui en sont l'objet. A différents moments – et principalement lors de l'analyse des attitudes des ouvriers et des infirmières – quelques hypothèses ont été avancées pour tenter de fonder une sociologie de la sensation fatigue. Les sensations et les émotions constituent un domaine encore peu exploré par la recherche sociologique (Kaufmann, 1997 ; Williams, 1998).

Une sociologie de la fatigue ne peut ignorer les acquis de la médecine et de la psychologie mais devrait avoir pour objectif une rupture progressive avec l'approche psychophysiologique. Dans un premier temps, il est ainsi nécessaire de prendre du recul avec les notions « d'énergie » et de charge mentale pour montrer que le sentiment de fatigue (ou à l'inverse le tonus) dépend pour une grande part du sens que revêt l'action, ce sens étant largement structuré et mis en forme par les représentations collectives de la fatigue et de ses manifestions pathologiques.

La première image qui vient à l'esprit pour rendre compte de la fatigue est celle du manque « d'énergie ». Cette métaphore énergétique considère en quelque sorte le « tonus » comme un capital que l'on peut augmenter ou consommer jusqu'à l'épuisement. Ainsi, Michel Joubert (1995) tente d'expliquer le sentiment de fatigue des personnes en situation d'exclusion par un épuisement du « tonus biographique » lié à la perte des repères

traditionnels, l'expérience des situations précaires, des environnements dégradés et de l'affaiblissement des relations avec autrui. Allant plus loin, Naughton (1988) propose de distinguer, parmi les différentes activités professionnelles, celles qui sont source de satisfaction et apportent de l'énergie de celles qui imposent beaucoup de contraintes et coûtent en énergie. Cela lui permet de construire quatre situations professionnelles types : « l'accumulation » quand l'activité permet une grande satisfaction et n'est pas soumise à de fortes contraintes ; « l'effort » quand il y a de fortes contraintes et peu de satisfactions ; « l'absorption » lorsqu'il s'agit d'un travail qui, à la fois, demande et rapporte beaucoup et enfin « l'ennui » pour l'activité qui demande peu d'implication et donne peu de satisfaction. Pour tester ce modèle, l'auteur cherche à établir des corrélations entre le « niveau subjectif d'énergie » des individus, les caractéristiques de leur emploi et les plaintes de troubles psychosomatiques. Le modèle ébauché par Williams (1998) est d'une portée plus générale : aux trois formes de capital distinguées par Pierre Bourdieu, l'auteur en ajoute une quatrième, le « capital émotionnel ». A chaque fois que l'individu se trouve dans une situation qui lui renvoie une image favorable de lui-même (domination sociale, créativité, etc.) il augmente son capital émotionnel, tandis les situations d'infériorité sociale sont sources d'une diminution. La notion de capital se justifie du fait du caractère cumulatif du processus : plus l'individu est richement doté en capital émotionnel, plus il aura d'énergie pour entreprendre et réussir ses projets et donc avoir une image de soi positive et renforcer son capital émotionnel. Le « stock de départ » constitué lors de la socialisation au sein de la famille joue donc un rôle très important. Dans son interview autobiographique, Norbert Elias (1991) explique ainsi l'énergie qu'il a eue pour continuer à poursuivre ses recherches, malgré le peu de succès professionnel rencontré au début de sa carrière, par la grande confiance en lui qu'il a pu retirer de la forte affection que lui ont témoignée ses parents. Ce point de vue a été systématisé par Anthony Giddens (1990) qui fait du sentiment de sécurité construit pendant l'enfance la condition nécessaire pour résister aux angoisses face aux différents risques sociaux. Mais, la métaphore énergétique, si elle éclaire l'analyse, a néanmoins le grand défaut de n'être qu'une métaphore (« l'énergie » mise en œuvre dans l'action ne peut pas véritablement être comparée à un carburant). Elle porte donc en

elle le risque de prendre l'image pour la réalité. C'est d'ailleurs le cas dans la théorie de la neurasthénie de Beard, ou dans certaines présentations du *burn out*.

Proches de cette métaphore énergétique, certaines analyses insistent sur les coûts, en termes de dépenses d'énergie ou de force, induits par l'adaptation au monde moderne. Alain Ehrenberg (1998) estime ainsi que la dépression, le mal-être psychique, la fatigue sont des conséquences de l'individualisme moderne. La plus grande liberté pour choisir sa vie et la multiplicité des repères qui nous sont proposés obligeraient chacun à se forger ses propres guides. « Cette pluralisation, qui permet à chacun de choisir sa vie sans risque de stigmatisation, résulte du fait que s'institue sociologiquement […] l'individu pur, c'est-à-dire un type de personne qui est son propre souverain. Or cet individu là est nécessairement incertain, puisqu'il n'a plus de dehors pour lui indiquer sa conduite, puisque c'est à lui d'élaborer ses propres règles » (Ehrenberg, 1998, p. 134). Cette « injonction à devenir soi-même » (p. 14) provoque l'angoisse et finalement l'inhibition de l'action, la fatigue, tandis que la possibilité d'avoir de plus grandes ambitions personnelles augmente le risque de frustration. « C'est la grande leçon que la dépression va infliger à l'homme qui croit s'instituer son propre législateur » (p. 135). Ce lien entre liberté de choix et fatigue est également mis en avant par Jean-Claude Kaufmann (1999) pour rendre compte de la lourde « charge mentale » qui caractériserait la vie des femmes en solo, toujours obligées de réinventer chaque jour leur style de vie. Ces analyses qui font du travail d'imagination, de création la cause d'une fatigue moderne posent en fait autant de problèmes qu'elles n'en résolvent. Il n'est en effet pas évident que le travail de réflexion soit automatiquement et mécaniquement source de fatigue. La notion de « charge mentale », empruntée à l'ergonomie, est trompeuse car les mécanismes en jeu sont probablement très différents de ceux qui mènent de la « charge physique » à la fatigue musculaire. Avoir des responsabilités, un travail varié peut être source de fatigue, mais peut aussi augmenter l'intérêt de la tâche, la motivation et donc favoriser l'oubli de sa fatigue. Ce n'est donc pas dans la plus grande liberté et l'obligation de choix, d'imagination, qui en découle qu'il faut chercher les causes de notre fatigue, mais plutôt dans un effort qui n'est pas soutenu par des modèles sociaux clairs et évidents, dont le sens pose problème.

Comme l'explique Daniel Bell (1979), la valorisation par la culture « postmoderne » de l'émancipation individuelle, de la liberté de mœurs et des valeurs s'accompagne, dans la sphère économique, de l'imposition aux individus de systèmes de rôle de plus en plus contraignants. Cette injonction contradictoire peut alors être à l'origine d'angoisses et de frustrations et ainsi bloquer l'action. De même, ne serait-il pas possible de penser que le mal-être et la fatigue exprimés par certaines femmes seules (mais pas seulement elles) traduiraient finalement la contradiction entre les deux modèles également valorisés de la femme libre et indépendante d'une part et de la « fée du foyer » épouse et mère modèle d'autre part, plutôt qu'une « charge mentale » dont le sens n'est pas univoque ?

L'idée selon laquelle la mauvaise fatigue serait le sous-produit de la civilisation est ancienne. On la trouve déjà formulée chez Rousseau et elle constitue la clé de voûte de l'étiologie de la neurasthénie. Elle est également avancée, de façon différente, par plusieurs philosophes, sociologues et anthropologues contemporains. Ainsi, Gilles Lipovestky (1983) diagnostique une apathie et une indifférence « postmoderne » provoquée par l'excès d'informations et de stimulations qui font de l'individu un spectateur passif. David Le Breton (1990), quant à lui, voit dans le recul de l'effort physique et la montée en puissance du travail immatériel la cause de notre mauvaise fatigue. De même, Roger Bastide (1965) analyse le syndrome asthénique de certains travailleurs africains immigrés en France comme la conséquence du passage forcé et accéléré d'une « civilisation musculaire », où le sentiment de fatigue physique détermine les rythmes de travail, à une « civilisation de l'horloge », dans laquelle les horaires et la mesure du temps régulent les activités. L'anxiété provoquée par les changements dans le mode de vie, la diminution de la vie affective et la lourdeur des démarches à effectuer viennent aggraver encore la situation. Pour Paul-Henri Chombart de Lauwe (1968 et 1969), la civilisation industrielle fait vivre à ses membres une situation de contradiction croissante : l'urbanisation et la société de consommation sont génératrices de libertés et de nouveaux désirs, tandis que la concurrence entre individus ainsi qu'un système de valeur dominé par l'argent et l'accélération des rythmes de vie représentent de nouvelles contraintes. « Le décalage entre les aspirations et les moyens au lieu de se combler ne fait que

s'agrandir. Pour le sujet qui se laisse prendre dans ce mécanisme, il est de plus en plus fatigant de vivre » (Chombart de Lauwe 1968, p. 1031). On retrouve une idée proche chez Georges Devereux (1970) : notre monde contemporain se caractérise par une forme particulière de fatigue névrotique qui permet de se protéger de l'angoisse provoquée par une société qui valorise le travail et la domination personnelle. L'invalidité engendrée par la fatigue excuse, en quelque sorte, une passivité qui est socialement condamnée. Toutes ces explications comportent une certaine part de vérité mais restent incomplètes car la « civilisation » n'est définie qu'à travers quelques dimensions historiques choisies de façon plus ou moins arbitraire : le recul du travail manuel, l'organisation du travail par la mesure du temps, la concurrence, la société de consommation, etc. Il n'est donc pas possible d'expliquer les raisons de la sociogenèse de la notion de mauvaise fatigue dans des milieux sociaux et des époques très différentes. Le concept de « processus de civilisation » avancé par Norbert Elias, au contraire, permet une approche plus globale et plus théorique. Le processus de civilisation ne décrit pas un mouvement historique unique, homogène et strictement daté mais constitue un outil pour penser une pluralité de situations concrètes très différentes les unes des autres ; « il prend en compte une multiplicité de formes (commercialisation, urbanisation, croissance démographique, migration, division du travail), et des mouvements complexes, incluant progression et régression » (Heinich, 1997, p.24). Il ne s'agit pas de dégager une tendance universelle de l'évolution des sociétés mais de penser le changement comme la poussée de formes contradictoires. C'est pourquoi les différentes entités de fatigue ne doivent pas être analysées seulement comme des réactions à telle ou telle forme concrète de la « civilisation » mais doivent être comprises comme parties intégrantes du processus de stabilisation du contrôle émotionnel, à la fois réaction et action (symbolique) de formation d'une nouvelle régulation émotionnelle et sociale ; l'économie psychique et la structure de configuration étant indissociables. Ce schéma conceptuel très large peut alors se retrouver sur des scènes historiques et sociales variées. La grande différence entre les thèses d'Elias et les auteurs cités précédemment réside dans le fait que le premier tente de construire un mécanisme sociologique général, tandis que les seconds ne procèdent finalement qu'à une mise en forme d'un discours

idéologique sur la société moderne, par ailleurs fort ancien dans de nombreux discours médicaux ou profanes sur la fatigue.

L'énergie humaine, quelle que soit la forme qui lui est donnée (électrique, chimique, libidinale…) n'a jamais pu être isolée en tant que substance empiriquement observable et il ne peut s'agir au mieux que d'une métaphore pour rendre compte d'une réalité difficile à cerner. La motivation nécessaire à toute action dépend, en dernier ressort, du sens, socialement construit, que l'acteur donne à son investissement dans l'action. La sociologie classique a apporté des pistes intéressantes pour une analyse des situations sociales pouvant expliquer un déficit de sens. Alexis de Tocqueville a ainsi, dès 1840, proposé une explication pour la plus grande « mélancolie » qui caractériserait selon lui les Américains des régions les plus riches par rapport aux européens. Le goût du bien-être matériel poussé à l'extrême aurait finalement pour effet de nuire à ce bien être lui-même. Tout d'abord parce que celui qui ne fournit d'efforts qu'en vue de la jouissance en vient facilement à rechercher le moindre effort, « le plus court chemin qui doit conduire au bonheur » (Tocqueville, 1986, p. 521). Toute action est alors perçue comme une source de peine et l'homme devient velléitaire. « La plupart des âmes y sont donc ardentes et molles, violentes et énervées » (Tocqueville, 1986, p. 521). Ensuite, l'égalité des conditions a pour effet d'exacerber les ambitions d'une façon excessive que la réalité vient régulièrement et cruellement contredire, donnant aux hommes des sociétés démocratiques un sentiment d'impuissance. « Elle limite de tous côtés leur force en même temps qu'elle permet à leurs désirs de s'étendre […]. C'est à ces causes qu'il faut attribuer la mélancolie singulière que les habitants des contrées démocratiques font souvent voir au sein de leur abondance, et ces dégoûts de la vie qui viennent quelquefois les saisir au milieu d'une existence aisée et tranquille » (Tocqueville, 1986, p. 522). Toutefois, pour les Américains notamment, les croyances religieuses peuvent être un moyen de dépasser les impasses et les contradictions du matérialisme. La force du corps viendrait d'abord essentiellement de la force de l'âme. La fatigue serait alors le prix à payer pour le manque de transcendance.

Les réflexions sur la notion « d'aliénation », ouvrent également la voie à une réflexion sur la fatigue en termes de sens de l'action. Jean Baudrillard (1970), par exemple, fait de la fatigue

contemporaine une forme de résistance passive de l'individu face à l'aliénation dans la production et dans la consommation. La société voudrait nous imposer sans cesse de nouveaux désirs, de nouveaux besoins et l'indifférence, l'apathie devient l'expression du refus de cette manipulation. Les analyses de Max Weber, enfin, sur le désenchantement du monde, la rationalisation la bureaucratisation et surtout la « routinisation du charisme » permettent de comprendre une des causes de l'épuisement de cette « motivation » qui pousse les hommes à agir. Les capitalistes protestants n'ont ainsi pu trouver de telles ressources pour l'action que dans l'adhésion à des valeurs et des croyances religieuses fortes. La crainte exprimée par Weber est que la société rationnelle et bureaucratique n'épuise à terme ce type de motivation (Weber, 1959). Par de telles remarques Weber, suivant ainsi Nietzsche, indique clairement le chemin que devrait emprunter une sociologie de la fatigue, celui du sens donné à l'action et de l'importance de « l'action affective ». Cette piste ouverte par Weber inspire quelques approches contemporaines de la fatigue : si le sens de l'action n'est pas immédiatement évident, le manque de volonté à agir et la fatigue apparaissent.

C'est l'approche développée notamment par Jean-Claude Kaufmann (1997, pp. 147-148) : « L'enquête montre que les tâches les plus pénibles ne sont pas celles que l'on croit, que ce qui est pénible pour l'un n'est pas pénible pour l'autre ; que la pénibilité est le résultat d'une construction sociale. Les sensations physiques parfois intenses seraient-elles pure invention ? Non, bien entendu. Mais elles sont à replacer dans l'ensemble qui les produit et qui les explique […]. Si les gestes ont un sens clair pour celui qui les met en œuvre, si l'esprit des gestes fait corps avec leur mise en mouvement, si le repassage apparaît comme important et évident, il y a toutes les chances pour qu'il se déroule avec aisance, voire avec plaisir, que la fatigue soit repoussée très loin. Si au contraire la question du pourquoi (pourquoi le repassage de ceci ? Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?) crée une distance entre les idées et les gestes, si le repassage est considéré comme une corvée dont il convient de se débarrasser rapidement, il y a toutes les chances qu'il devienne pénible et que les douleurs occupent très vite un premier plan. La fatigue et la douleur ne doivent pas être isolées du contexte social qui les module […]. Bien qu'elle soit ressentie physiquement, la fatigue n'est pas purement physiologique : le

contexte de l'activité et sa représentation jouent un rôle essentiel. » Citant la typologie de l'action de Max Weber, Jean Claude Kaufmann estime que l'action « traditionnelle » et « l'action affective » ont été trop négligées, l'habitude et les sensations (plaisir, déplaisir, fatigue) étant au contraire au cœur de toute action. « Quand il y a unité du soi, stabilité des références, l'action est fondée sur la simple répétition : les automatismes peuvent développer leur force structurante. Quand il y a une double définition reposant sur une aversion contradictoire, elle est fondée sur un déséquilibre permanent : les sensations jouent alors un rôle moteur » (Kaufmann, 1997, p. 179). L'aversion pour l'effort à fournir et celle pour la situation sur laquelle l'acteur veut intervenir entrent en conflit. Si la première est la plus forte, c'est la fatigue et la lourdeur du corps qui dominent et empêchent l'action. Le concept d'identité sociale permet de concilier cette approche fondée sur le sens avec la première fondée sur la métaphore énergétique. Le sentiment d'unité de soi donne un sens à l'action tandis que l'image positive de soi agit comme une source d'énergie subjective, d'où l'importance de la reconnaissance sociale, sur laquelle s'appuie la construction de l'identité (de Bandt, Dejours et Dubar, 1994).

La fatigue, enfin, n'est pas seulement une sensation, elle est également l'objet de représentations et de discours qui contribuent à structurer les formes légitimes et dominantes dans lesquelles elle peut s'exprimer. Une étude sur les représentations sociales de la santé menée par Claudine Herzlich (1969) à partir de 80 entretiens auprès de cadres et professions libérales, ainsi que de membres des professions intermédiaires (ou de leurs épouses), a mis en évidence le fait que la structure sous-jacente des représentations sociales de l'étiologie de la plupart des maladies, dans les sociétés industrielles occidentales, pouvait se résumer à l'idée d'agression de l'individu, présumé sain, par la société (pollution, bruits, rythmes de vie...), perçue comme malsaine. Cette représentation correspond à l'approche commune de la fatigue : « Le plus souvent, l'attaque est globale. Les symptômes perceptibles en sont la fatigue, la nervosité, le vieillissement prématuré, qui tous traduisent affaiblissement, usure organique ; ils représentent pour l'individu l'entrée dans un "état intermédiaire" qui n'est pas encore la maladie, mais n'est plus tout à fait la santé. La quasi-totalité des informateurs décrivent, souvent avec véhémence, comment la vie à

la ville crée un univers de fatigue et de tension nerveuse. Mode de vie, fatigue et déséquilibre nerveux sont, à la limite, synonymes pour l'individu : "Paris, c'est la fatigue, avec cette vie crevante et légèrement maladive" [entretien, homme, profession intellectuelle]. "L'agitation constante, ça n'est pas fait pour rendre les gens simples, ils sont difficiles, ils sont nerveux, ils sont fatigués ; ça, c'est le fait de la vie moderne" [entretien, homme, classes moyennes]. L'importance des idées de "tension nerveuse", la mention fréquente de sentiments d'angoisse attestent que la dégradation concerne un "potentiel psychique" tout autant qu'organique, de même que "l'état intermédiaire" se caractérise simultanément par fatigue physique et nervosité » (Herzlich, 1969, p. 35). Ce sont toutes les interdépendances sociales – qui s'imposent à l'individu – qui sont source de contrainte, et finalement d'un mode de vie malsain, principalement dans les grandes villes : « On nous dit : "Il faut penser à tout, il faut penser à se lever, à prendre l'autobus, il faut penser à arriver à l'heure, il faut penser à son travail... On pense toujours, ça crée quand même un certain déséquilibre... Vous êtes dans la rue, vous n'êtes pas libre, vous êtes obligés de faire attention aux feux rouges, vous êtes obligés de faire attention à ceci, à cela, ça crée toujours un état d'alerte, le corps n'est jamais au repos, toujours sur le qui-vive". Bref, le rapport entre le mode de vie est un rapport d'extériorité. L'individu n'a pas l'impression de le créer ou d'y participer librement, ni même de l'infléchir considérablement, il le subit tout entier » (Herzlich, 1969, p. 47). Ce mode de vie subi est source d'une fatigue nerveuse considérée comme une fatigue « anormale ».

Ce discours de sens commun est aussi bien souvent un discours idéologique. Roland Barthes (1970) explique ainsi la fonction sociale du mythe de l'intellectuel fatigué : la glorification de la bonne fatigue provoquée par le travail manuel et la critique de la mauvaise fatigue de l'intellectuel oisif s'inscrivent dans un mouvement de réaction illustré, par exemple, par le « poujadisme ». C'est la révolte du travailleur des campagnes, réputées saines, contre la domination de la ville décadente. La façon dont la fatigue est décrite, mise en forme, et finalement ressentie, au sein d’un groupe ou d’une société particulière, est orientée par les représentations sociales (structurées parfois autour d’entités pathologiques de fatigue définies par la médecine)

dominantes, qui participent des enjeux sociaux et de la régulation sociale propre à ce groupe ou cette société. Dans une étude comparative sur la Chine et les Etats-Unis, le psychiatre et anthropologue Kleinmann (1986) explique ainsi comment, alors que l'entité « neurasthénie » n'est pratiquement plus utilisée par les médecins américains, elle reste d'usage courant en Chine où les troubles d'ordre strictement psychologique sont mal acceptés ; notamment parce qu'ils peuvent constituer une critique implicite du régime et une forme de désengagement politique. Le patient chinois, qui aux Etats-Unis serait qualifié de dépressif, est plutôt étiqueté « neurasthénique ». Mais la différence ne porte pas seulement sur les termes, car le neurasthénique chinois présente un nombre plus important de symptômes physiques (trouble de l'appétit, du sommeil, des rythmes cardiaques, maux de tête...) que le dépressif américain dont la symptomatologie est surtout d'ordre psychique. Dans ce cas, l'expression même de la maladie, y compris dans ses aspects somatiques, se trouve, pour une part, conditionnée par le savoir médical ; ce dernier s'inscrivant lui aussi dans une forme spécifique de régulation sociale. Dans le même sens, la façon dont deux groupes professionnels différents, les infirmières et les policiers, construisent collectivement leurs discours sur le stress et la fatigue au travail témoigne en fait de deux univers de représentation opposés : alors que les infirmières acceptent relativement bien le discours psychologique qui fait de leur fatigue la conséquence d'une faiblesse individuelle, d'une insuffisante professionnalisation, les syndicats policiers le rejettent et préfèrent placer l'analyse sur le registre des conditions de travail et des moyens (Loriol, 1999).

Une analyse sociologique de la fatigue doit donc partir du sens que les acteurs donnent à leur action, sens pour une large part construit collectivement et que l'individualisation, le processus de civilisation peut conduire à brouiller. Mais les catégories à travers lesquelles la fatigue est perçue et décrite relèvent également des formes de régulation sociale spécifiques à un contexte social donné. La sensation de fatigue est donc plus qu'une affaire individuelle et renvoie à tout un ensemble d'accords et de conflits qui structurent la façon dont les membres d'une catégorie particulière parlent de leur fatigue.

C'est la raison pour laquelle l'approche par l'identité a été privilégiée dans ce livre tout en soulignant le fait que le sens de

l'action comme l'image positive de soi ne peuvent se construire que dans l'interaction avec autrui. En ce sens la sociologie des sensations qui a été développée ici est indissociable des relations sociales, des formes de régulation sociale que tissent entre eux les acteurs et des discours sur la fatigue : les discours sur la mauvaise fatigue orientent la perception de la fatigue autant que la sensation de fatigue suscite ces discours. Par exemple, pour les infirmières rencontrées le sens de leur investissement professionnel et la reconnaissance passent par une reconstruction symbolique des besoins du patient et de leur mission à l'égard de celui-ci. Cette reconstruction ne peut être que collective et est renforcée par le discours psychologique sur le *burn out* qui dessine, en négatif, un mythe de l'infirmière idéale. Enfin, la réduction des tensions à leur dimension individuelle qu'opère le discours sur la gestion de l'épuisement professionnel permet une coopération plus harmonieuse des différents acteurs du monde hospitalier. Finalement, la sociologie des sensations, l'étude des interactions et des régulations et la compréhension de la logique des discours ne constituent pas trois niveaux d'analyse distincts mais bien une seule et même démarche qui a été suivie tant bien que mal au cours de cette recherche[124]. Celle-ci pourrait être rapprochée de l'analyse développée par Jürgen Habermas (1987) à propos de l'agir communicationnel[125]. Comme le remarque Patrick Pharo (cité dans Druhle, 1996), « on peut dire que le savoir social a pour effet de rapporter le travail, entendu comme activité rationnelle par rapport à une fin, à une interaction, ou activité

[124] Une telle approche permet de fournir les bases d'une critique épistémologique des théories psychologiques qui font de la fatigue un phénomène objectivable et sans histoire, comme c'est le cas lorsque est construit, par exemple, un test de mesure de « l'épuisement professionnel ». Comme le disait Saint-Exupéry (cité par Hall, 1978, p. 119), « rien de ce qui est humain ne se compte ni ne se mesure. L'étendue véritable n'est point pour l'œil, elle n'est accordée qu'à l'esprit. Elle vaut ce que vaut le langage, car c'est le langage qui noue les choses ». Cela est particulièrement vrai pour les différentes façons de nommer et de conceptualiser la fatigue qui sont largement conditionnées, comme nous espérons l'avoir montré, par le contexte social.

[125] Ce concept « concerne l'interaction d'au moins deux sujets capables de parler et d'agir qui engagent une relation interpersonnelle. Les acteurs recherchent une entente sur une situation d'action, afin de coordonner consensuellement leurs plans et de là même leurs actions. Le concept central d'interprétation intéresse au premier chef la négociation de définitions de situations, susceptible de consensus. Dans ce modèle d'action, le langage occupe une place prééminente » (Habermas, 1987, I, p. 102). Il suffit ici d'évoquer le terme de « stress » comme exemple suggestif.

communicationnelle, ou, pour dire les choses autrement, à un réseau de relations sociales dans lesquelles les contraintes de travail sont réinterprétées et mises en perspective. Il s'agit à proprement parler d'un détournement ». Le « mythe » de l'épuisement professionnel chez les infirmières ou l'idéologie de la résistance à la fatigue de l'ouvrier de métier pourraient être des illustrations de ce type de « détournement ». Les discours médicaux ou psychologiques peuvent en être des composantes essentielles.

Mais les catégories à travers lesquelles la fatigue est pensée et gérée sont aussi des constructions collectives auxquelles participent, dans certains cas, les employeurs, comme le montrent les exemples de l'AP-HP et de la RATP. Les représentations de la fatigue ne sont donc pas seulement des formes d'adaptation individuelle aux contraintes du travail, mais constituent également des outils pour la gestion des conflits du travail et des problèmes de motivation et d'adaptation des employés. Avec la mise place des « 35 heures », qui risquent de se traduire par une intensification du travail[126], et la nécessité affirmée, face aux difficultés attendues de financement des retraites, de garder de plus en plus longtemps les salariés dans leur emploi, les questions de fatigue et de stress au travail vont prendre une importance croissante. Les constructions collectives d'entités particulières de fatigue répondant aux difficultés spécifiques de tel ou tel secteur seront peut-être alors de plus en plus nombreuses et se développeront en parallèle avec la nouvelle éthique de l'épanouissement personnel au travail. Les problèmes et les réflexions développés à propos du travail des infirmières ou des conducteurs de bus (question du professionnalisme dans la relation aux usagers) pourraient ainsi concerner, dans le sillage de la « tertiairisation » de l'économie, un nombre croissant de salariés. Ainsi, d'après « l'enquête emploi » de 1998 (INSEE, 1999), 30% des salariés (contre 22% en 1991) déclarent vivre souvent des relations de tension avec le public et 25% (contre 23% en 1991)

126 « Dans plusieurs entreprises, la mise en place des 35 heures bute sur les contreparties souhaitées par les directions : intensification du travail par la remise en cause des pauses ou accroissement de la flexibilité des horaires. […] Après avoir considéré que les notions de stress ou de violence au travail relevaient de la psychologie individuelle et non de l'action syndicale, la CGT et la CFDT estiment aujourd'hui que ces sujets les concernent » (*Le Monde* du 22/07/1999).

estiment ne pas disposer, en général, de suffisamment de temps pour effectuer correctement leur travail. Dans un contexte économique de chômage et de restriction de l'emploi (la logique comptable devient de plus en plus importante dans la façon dont est fixé le stock d'emploi), cela promet sans doute de futurs débouchés pour les médecins et psychologues spécialistes de la gestion du stress au travail.

Références bibliographiques

Aballéa F., 1987, *Le besoin de santé. Les déterminants sociaux de la consommation*, Paris, CTNER (diffusion PUF).

Abbott A., 1988, *The System of Profession. An Essay on the Division of Expert labor*, Chicago, The University Press of Chicago, 326 p.

Acker F., 1991, La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire, *Sciences Sociales et Santé*, IX, 2, p. 123-143.

Aïach P. et Cèbe D., 1991, *Expression des symptômes et conduites de maladie*, Paris, Doin / INSERM, 117 p.

Aïach P. et Delanoë D. (Sous la direction de), 1998, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

Allan F., 1944, The Differential Diagnosis of Weakness and Fatigue, *New England Journal of Medecine*, 231, p. 414-418.

André C., Lelord F. et Légeron P., 1998, *Le stress*, Toulouse, Privat, 160 p.

André M., 1989, *Mission dialogue dans les hôpitaux*, Paris, La Documentation Française, Coll. « Rapports officiels », 106 p.

Barthes R., 1970 (1957), *Mythologies*, Paris, Seuil, 247 p.

Bastide R., 1965, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique », 282 p.

Baudrillard J., 1970, *La société de consommation*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 318 p.

Becker H.S., 1985 (1963), *Outsider, études de sociologie de la déviance*, Paris, A.M. Métailié, 248 p.

Bell D., 1979 (1976), *Les contradictions culturelles du capitalisme*, Paris, PUF, coll. « sociologies ».

Berger P. et Luckmann T., 1986 (1966), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 288 p.

Bernier D., 1994, *La crise du burn out*, Montréal, Stanké, 188 p.

Bibeau G., 1985, Le *burn out* dix ans après, *Santé mentale au Québec*, X, p. 30-43.

Bibeau G. et autres, 1988, *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burn out*, Montréal, CSM/GIRAME.

Billiard I., 1996, Les conditions historiques et sociales d'apparition de la psychopathologie du travail en France (1920-1952), dans *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluri-disciplinaires*, sous la direction de Yves Clot, Toulouse, Octares, p. 69-84.

BIT, 1976, *L'emploi et les conditions de travail du personnel infirmier*, Genève, Vol. 1, 119 p.

Borrelly R., 1983, *Travail et santé : la fatigue des travailleurs aujourd'hui*, Etudes et documents économiques, Centre confédéral d'étude économique CGT, 120 p.

Boudon R. et Bourricaud F., 1990 (1982), *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF.

Bright T., 1996 (1586), *Traité de la mélancolie*, Grenoble, Editions Jérome Millon, coll. « Mémoires du corps ».

Bugard P., 1997, *Histoire naturelle de la fatigue*, Paris, ronéo (non publié), 216 p.

Bunge G., 1990 (1987), Akèdia. La doctrine spirituelle d'Evagre le Pontique sur l'acédie, *Spiritualité orientale*, Abaye de Bellefontaine, 52.

Cabin P., 1992, Les coûts humains du management, *Sciences Humaines*, n° 17, p. 36-39.

Canoui P., 1996, *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique*, Thèse pour le doctorat d'éthique et biologie dirigée par M. Cloup, Université Paris V, 175 p.

Canoui P. et Mauranges A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Paris, Masson, 211 p.

Cassou B., Huez D., Mousel M.L., Spitzer C. et Touranchet A., 1985, *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La découverte, 640 p.

Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

Castra M., 1996, A social construction of the end of life : paliative care and accompanying the dying, *Context paper for the 9th. European Conference on historical and comparative sociological Research on Social Policy* (Budapest, 6-8 december 1996), Université de Paris I.

Cathébras P., 1991, Du « *burn out* » au « syndrome des yuppies »: deux avatars modernes de la fatigue, *Sciences Sociales et Santé*, IX, 3, 65-94.

CGT-Fédération de la santé et de l'action sociale, 1992, *Paroles d'hôpital*, Paris, VO édition, 159 p.

Charpak Y., 1991, *Etude sur la situation des médecins du travail dans le secteur hospitalier*, Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Direction des Hôpitaux, 46 p.

Chenu A., 1988, Sexe et mortalité en France, 1906-1980, *Revue Française de Sociologie*, XXIX, n°2.

Chauvenet A., 1978, *Médecine au choix, médecine de classe*, Paris, PUF, coll. « Politiques », 255 p.

Chevalier A. et Goldberg M., 1992, L'absence au travail : indicateur social ou indicateur de santé ?, *Sciences Sociales et Santé*, X, 3, p. 47-65.

Chombart de Lauwe P.H., 1968, Hypothèses pour une psychosociologie de la fatigue, *Bulletin de psychologie*, XXI, p. 1028-36.

Chombart de Lauwe P.H., 1969, *Pour une sociologie des aspirations*, Paris, Denoël.

Choque S. et J., 1993, *Guide anti-stress. Le bien-être des soignants*, Lamarre / Les Editions Agence d'Arc, 191 p.

Chrétien J.L., 1996, *De la fatigue*, Paris, Les Editions de Minuit, coll. « Philosophie », 171 p.

Clot Y., 1995, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 275 p.

Conseil I., 1990, *La personnalité de l'infirmière et son incidence sur ce choix professionnel*, Paris, Lamarre, coll. « Recherches en soins infirmiers ».

Cooper L., 1997, Myalgic Encephalomyelitis and the Medical Encounter, *Sociology of Health and Illness*, XIX, 2, 186-207.

Corbin A. (sous la direction de), 1995, *L'avènement des loisirs, 1850-1930*, Paris, Aubier, 471 p.

Cotta A., 1998, *L'ivresse et la paresse*, Paris, Fayard, 840 p.

Cottereau A, 1978, La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris, *Sociologie du travail*, XX, 2.

Cottereau A, 1983, Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France au XIXe siècle, *Le Mouvement Social*, n° 124.

Cox T., 1985, The nature and measurement of stress, *Ergonomics*, XXVIII, 8, p. 1155-1163.

Cuvelier E., 1996, Présention du *Traité de la mélancolie* de Timothy Bright, Grenoble, Editions Jérome Millon, coll. « Mémoires du corps », p.7-22.

De Bandt J., Dejours C.et Dubar C., 1995, *La France malade du travail*, Paris, Bayard.

Degenne A. et Duhart J., 1972, *Le problème infirmier en France*, Aix-en-Provence, LEST, 70 p.

Dejours C., 1993 (1980), *Travail : usure mentale*, Paris, Bayard, 264 p.

Dejours C., 1998, *Souffrance en France*, Paris. Seuil.

De Swaan A., 1990, *The Management of Normality. Critical Essays In health and Welfare*, Londres, Routledge, 234 p.

De Swaan A., 1995 (1988), *Sous l'aile protectrice de l'Etat*, Paris, PUF.

Devereux G., 1970, *Essais d'éthnopsychiatrie générale*, Paris, Galimard.

Dodier N., 1983, La maladie et le lieu de travail, *Revue Française de Sociologie*, XXIV, p. 255-270.

Dodier N., La construction pratique des conditions de travail : Préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers, *Sciences Sociales et Santé*, III, n° 2, p. 5-39.

Dodier N., 1986, Corps fragiles : La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail, *Revue Française de Sociologie*, XXVII, p. 603-628.

Doray B., 1996, Un regard sur l'œuvre de Louis Le Guillant dans le domaine de la psychopathologie du travail, dans *Les histoires de la psychologie du travail. Approches pluri-disciplinaires*, sous la direction de Yves Clot, Toulouse, Octares, p. 125-138.

Dubar C., 1991, *La socialisation*, Paris, Armand Colin.

Dubost N., 1979, *Flins sans fin*, Paris, Maspéro, coll. « luttes sociales », 190 p.

Duclos D., 1984, *La santé et le travail*, Paris, La découverte, coll. « Repères », 126 p.

Dumont L., 1983, *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Paris, le Seuil, 279 p.

Durif-Bruckert Ch., 1994, *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Métailié, coll. « Traversées », 224 p.

Durkheim, 1986 (1893), *De la division du travail social*, Paris, PUF, coll Quadrige, 416 p.

Durkheim, 1991 (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Le livre de Poche, coll. « classiques de la philosophie », 758 p.

Ehrenberg A., 1991, *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Levy.

Ehrenberg A., 1998, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 318 p.

Eijdems E., 1996, The influence of social levelling processes caused by welfare arrangements on the way relatively low paid working people experience their social position and well-being, *Context paper for the 9th. European Conference on historical and comparative sociological Research on Social Policy (Budapest, 6-8 december 1996)*, Amsterdam school for Social Resaerch.

Elias N., 1973 (1939), *La civilisation des mœurs*, Presses Pocket, 342 p.

Elias N., 1975 (1939), *La dynamique de l'occident*, Presses Pocket, 320 p.

Elias N., 1985 (1934), *La société de cour*, Paris, Flamarion, 331 p.

Elias N., 1987 (1982), *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgeois.

Elias N., 1991 (1970), *Qu'est-ce que la sociologie*, La Tour d'Aigue, Editions de l'Aube.

Elias N.,1991, *Mozart. Sociologie d'un génie*, Paris, le Seuil.

Elias N.,1991 (1990), *Norbert Elias par lui-même*, Paris, Fayard.

Elias N.,1993 (1983), *Engagement et distanciation. Contribution à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 393 p.

Elias N.,1997 (1984), *Du temps*, Paris, Fayard.

Estryn-Béhar M., 1991, *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, Paris, Lamarre, 377 p.

Estryn-Béhar M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, ESTEM, 245 p.

Fainzang S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Editions de l'E.H.E.S.S., coll. « Les cahiers de l'homme », 111 p.

Ferrat D., 1994, Un stress peut en cacher un autre, *Liaisons Sociales*, n° 87, p. 42-43.

Feroni I. et Kober A., 1995, L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande Bretagne, *Sciences Sociales et Santé*, XIII, 3, p. 35-68.

Figlio K., 1982, How does illness mediate social relations? Workmen's Compensations and medico-legal practices, 1890-1940, dans *The Problem of Medical Knowledge*, dirigé par P. Wright, Edimbourg, Edinburgh University Press.

Foucault M., 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.

Foucault M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.

Foucault M., 1976, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

Franceschi-Chaix C., 1993, Le syndrome de *burn out*. Etude clinique et implication en psychopathologie du travail, *Recherche en soins infirmiers*, XXXII, p. 5 à 60.

Frémontier J., 1980, *La vie en bleu : voyage en culture ouvrière*, Paris, Fayard, 326 p.

Freidson E., 1986 (1970), *La profession médicale*, Paris, Payot, coll. « Médecine et société », 365 p.

Freudenberger H.J., 1974, Staff *Burn out*, *Journal of Social Issue*, XXX, 1, 159-165.

Friedmann G., 1946, *Les Problèmes humains du machinisme industriel*, Paris, Gallimard, 373 p.

Giddens A., 1994 (1990), *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, coll. « théorie sociale contemporaine ».

Gillespie R., 1991, *Manufacturing Knowleddge, a History of the Hawthorne Experiments*, Cambridge University Press, Cambridge, 282 p.

Gollac M., 1997, Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques, *Revue Française de Sociologie*, XXXVIII, 1, 5-36.

Gonnet F., 1992, *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les conditions de travail*, Paris, Lamarre, 355 p.

Good B., 1998, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine rationalité et vécu*, Paris, Synthélabo, 433p.

Grebert P., 1992, Les soignants s'épuisent... mais le *burn out* existe-il ?, *L'information psychiatrique*, n° 8, p. 803-808.

Guillemard A.M., 1993, Emploi, protection sociale et cycle de vie : Résultats d'une comparaison internationale des dispositifs de sortie anticipé d'activité, *Sociologie du travail*, n° 3, p. 257-284.

Guillemard A.M., 1986, *Le déclin du social*, Paris, PUF.

Guyot J.C., 1982, *Quelle médecine pour quelle société ?*, Toulouse, Privat, 366 p.

Hall E.T., 1984, *La danse de la vie. Temps culturel et temps vécu*, Paris, Seuil, 282 p.

Harber P., 1988, Nurses Beliefs about causes of occupational back pain, *Journal of occupational Medicine*, XXX, n. 10, 797-800.

Hart J. et Mucchielli A., 1994, *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Lamarre, 189 p.

Hassenteufel P., 1997, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Science Po, 367 p.

Heinich N., 1997, *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 122 p.

Henrion A. et La Sala A., 1994, Le stress, enquête sur un mal moderne, *Savoir faire RATP*, n° 9, p. 2-10.

Herzlich C., 1969, *Santé et maladie, analyse d'une représentation*, Paris, Mouton.

Herzlich C. et Pierret J., 1991 (1984), *Malade d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 313 p.

Herzlich C., 1992, Représentations sociales de la santé et de la maladie et de leur dynamique dans le champ social, dans *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (sous la dir. de Flick U.), Paris, L'Harmattan, coll. « Santé, sociétés et cultures », p. 347-357.

Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.C., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, INSERM-Doin, 274 p.

Herzlich C. et Adam P, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, coll « 128 ».

Hésiode, 1995 (vers -700 avant J.C.), *Les travaux et les jours*, Paris, Arléa.

Hodebourg J., 1993, *Le travail c'est la santé ? Perspectives d'un syndicaliste*, Paris, Editions sociales / VO éditions, 240 p.

Imber M., 1998, Actualités sur le SFC, *Semaine des hôpitaux*, 74, 5-6, p. 133-135.

Jaeger M., 1998, La médicalisation psychiatrique de la « peine à vivre », dans Aïach P. et Delanoë D. (Sous la direction de), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, coll. « Sociologiques », p. 135-158.

Joubert M., 1995, *Lien social, santé et territoire : introduction à l'analyse des supports sociaux. Synthèse des travaux pour l'habilitation à diriger des recherches*, Ronéo, Université de Paris VIII.

Kaufmann J.C., 1997, *Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère*, Paris, Nathan, coll. « Essais et Recherches ».

Kaufmann J.C., 1999, *La femme seule et le prince charmant. Enquête sur la vie en solo*, Paris, Nathan, coll. « Essais et Recherches », 208 p.

Kuty O., 1998, *La négociation des valeurs*, Bruxelles, De Boeck, 384 p.

Kleinman A., 1986, *Social Origins of Distress and Disease*, Londres, Yale University Press.

Lagrange H et Stephen M., 1983, Le message codé de la fatigue. Enquête dans les chantiers navals, *Prévenir*, p. 63-80.

Lahy J.M., 1916, *Le système Taylor et la physiologie du travail professionnel*, Paris, Masson.

Lahy J.M., 1927, *La sélection psychotechnique des travailleurs conducteurs de tramway et d'autobus*, Paris, Dunod.

Lallement M., 1999, *Les gouvernances de l'emploi*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « sociologie Economique », 252 p.

Lebigot F et Lafont B., 1985, Psychologie de l'épuisement professionnel, *Anales médico-psychologiques*, 143, p. 769-775.

Le Breton D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », 263 p.

Le Guillant L., 1984 (textes réunis et présentés par le Groupe de recherche Louis Le Guillant), *Quelle psychiatrie pour notre temps ? Travaux et écrits de Louis Le Guillant*, Toulouse, Erès.

Lengrand L., 1974, *Mineur du Nord*, Paris, Le Seuil, 191 p.

Lepenies W., 1992 (1969), *Melancholy and Society*, Cambridge, Harvard University Press, 253 p.

Lert F., 1993, La mobilisation des ressources personnelles et collectives face aux exigences du travail de soin, *Gestion hospitalière*, p. 20-30.

Lewin K., 1996 (1947), Décisions de groupe et changement social, dans *Psychologie sociale. Textes fondamentaux*, présentés par Levy A., Paris, Dunod, p. 498-519.

Lidvan-Girault N., 1989, *Burn out : émergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence*, Thèse pour le doctorat de psychologie, université René Descartes.

Lidvan-Girault N., 1996, Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel. Limites et perspectives, *Psychiatrie Française*, 2, p. 30-39.

Linhart D., 1994, Le taylorisme n'est pas mort, *Sciences Humaines*, n° 38, p. 32-35.

Linhart R., 1978, *L'établi*, Paris, Les éditions de minuit, 181 p.

Lipovtsky G., *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Galimard, coll. « Follio Essais », 313 p.

Loriol M., 1995, Construction de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue, *Sciences Sociales et Santé*, XIII, 3, p. 103-130.

Loriol M., 1998, *La médicalisation de la fatigue et du stress : sociogenèse de la notion de « mauvaise fatigue »*, Thèse pour le doctorat de sociologie, préparée sous la direction d'A.M. Guillemard, Université René Descartes-Paris V.

Loriol M., 1999, « De la fatigue des infirmières au syndrome d'épuisement professionnel. La construction sociale d'une catégorie », dans *Le corps et le langage*, sous la direction de Pierre Parlebas, Paris, L'Harmattan, coll. « Dossiers Sciences Humaines », p. 35-56.

Macé E., 1997, Services publics et banlieues populaires : une coproduction de l'insécurité. Le cas du réseau de bus de la RATP, *Sociologie du travail*, XXXIX, 4, p. 473 - 498.

Martin D., 1993, *L'épuisement professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques Sociales ».

Marx K., 1985 (1867), *Le capital (Livre I)*, Paris, Flamarion, coll. « Champs », 442 p.

Maslach C., 1978, The Client Role in Staff *Burn out, Journal of social issues*, XXXIV, 11-24.

Mauss, 1950 (1924), Rapports réels et pratiques de la psychologie et de sociologie, dans *Sociologie et anthrologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », p. 280-310.

Mayo E., 1933, *The Human Problems of an Industrial Civilization*, New York, Macmillan.

Merton R., 1965 (première éd. 1949), *Eléments de théorie et de méthode sociologiques*, Paris, Plon, coll. « Recherches en sciences humaines », 514 p.

Michel M. et Thirion J.F., 1996, *La gestion des conflits à l'hôpital*, Paris, Lamarre, 196 p.

Newbury M., 1995, Healthful Employment : Hawthorne, Thoreau and Middle-Class Fitness, *American Quaterly*, Vol. 47, 4, p. 681-714.

Naughton T., 1988, Jobs wich augment or deplete Human Energy, *Sociology and Social Research*, 72, 1, p. 129-35.

Ocqueteau F. et Thoenig J.C., 1997, Mouvements sociaux et action publique : le transport routier de marchandises, *Sociologie du travail*, XXXIX, 4, p. 397-423.

Parsons T., 1955 (1951), *Eléments pour une sociologie de l'action*, Plon.

Paugam S., 2000, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 437 p.

Philonenko G. et Guienne V., 1997, *Au carrefour de l'exploitation*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « sociologie clinique », 160 p.

Pialoux M., 1993, Permanents et temporaires. Le vieil ouvrier et la nouvelle usine, dans *La misère du monde*, dirigé par Pierre Bourdieu, Paris, Seuil, p. 317-348.

Pinel D., 1985, La folie des vapeurs, dans *les maladies ont une histoire* (sous la dir. de Le Goff J. et Sournia J.C.), Paris, L'histoire/Seuil, p. 62-65.

Pinell P., 1998, Médicalisation et procès de civilisation, dans Aïach P. et Delanoë D. (Sous la direction de), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, p. 35-51.

Pollock K., 1988, On the Nature of Social Stress : Production of a modern mythology, *Social Science and Medecine*, 1988.

Pouy J.B., Hamelin P. et Lefebvre B., 1993, *Les routiers. Des hommes sans importance ?*, Paris, Syros, coll. « des gens », 260 p.

Rabinbach A., 1990, *The Human Motor : Energy, Fatigue and the Origine of Modernity*, New York, Basic Books, 402 p.

Rauch A., 1995, *Histoire de la santé*, Paris, PUF, « Que-sais-je » 126 p.

Reiner J., 1984, *Melancholie und Acedia. Beitrag zu Anthropologie un Ethik bonnavanturas*, Berlin, F. Schoningh, 323 p.

Renaud M. et Bouchard L., 1995, Pour un nouveau paradigme de la santé, *Prévenir*, XXVIII, p. 37-48.

Rimé B., 2000, Faut-il parler de ses émotions ?, *Sciences Humaines*, n° 104, p. 16-20.

Roche C., 1992, *Tout va bien dans le service* (roman), Seuil, 212 p.

Roche P., 1987, *Une santé d'acier*, Paris, Editions du CNRS, 178 p.

Rodary et al., 1994, *Etude sur les conditions de vie professionnelle des infirmières en milieu hospitalier (étude épidémiologique sur le stress et ses conséquences sur la santé)*, Paris, Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, 30 p.

Sainsaulieu R., 1977, *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 487 p.

Scarfone D., 1985, Le syndrome d'épuisement professionnel (*burn out*) : y aurait-il de la fumée sans feu ?, *Anales médico-psychologiques*, 143, p. 754-761.

Schachtel M., *Ras la seringue, histoire d'un mouvement*, Lamarre-Poinat, 142 p.

Schivelbusch W., 1990, *Histoire des voyages en train*, Paris, Le Promeneur, 256 p.

Schwartz O., 1990, *Le monde privé des ouvriers, hommes et femmes du nord*, Paris, PUF, coll. « Pratiques théoriques », 531p.

Schwartz O., 1997, Sur la question corporative dans le mouvement social de 1995, *Sociologie du travail*, XXXIX, 4, p. 449-471.

Selye H., 1936, A syndrome produced by diverse nocuous agents, *Nature*, XXXII.

Selye H., 1975 (1956), *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation*, Paris, Gallimard, coll. « Essais », 425 p.

Shorter E., 1992, *From Paralysis to Fatigue. A History of Psychsomatic Illness in the Modern Era*, New York, The Free Press, 419 p.

Singly de F., 1993, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Nathan, coll. « 128 ».

Singly de F., 1996, *Le Soi, le couple, la famille*, Paris, Nathan, coll. « Essais et Recherches ».

Spector M. et Kitsuse J.I., 1977, *Constructing Social Problems*, Menlo Park, CA Cummings.

Sullerot E., *L'âge de travailler*, Fayard, 224 p.

Tacussel P., 1995, *Mythologie des formes sociales. Balzac et les Saint-simoniens ou le destin de la modernité*, Paris, Méridien Klincksieck, coll. « Société », 306 p.

Tocqueville (de) A., 1986 (1835 et 1840), *De la démocratie en Amérique*, Paris, Robert Laffont, coll. « Bouquins », 1118 p.

Turner B., 1994, *Medical power and social knoweldge*, Sage, Londres, 273 p.

Vachon J., 1993, *Burn out* : les travailleurs sociaux à l'épreuve du syndrome, *Actualités Sociales Hedomadaires*, n. 1819, p. 9-10.

Vassy C., 1997, *Le travail en équipe à l'hôpital. Comparaison de l'organisation de six services de neurologie en Allemagne, France et Grande-Bretagne*, Thèse de troisième cycle de l'IEP de Paris, sous la direction d'Erhard Friedberg, 419 p.

Vatin F., 1996, De la naissance de la psychologie appliquée au débat sur la taylorisme, autopsie d'un echec : le cas français (1890-1920), dans *Les histoires de la psychologie du travail. Approches pluri-disciplinaires*, sous la direction de Yves Clot, Toulouse, Octares, p. 47-68.

Vatin F., 1999, *Le travail, sciences et société*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, coll. « Sociologie du travail », 222 p.

Vega A., 1996, *L'identité des infirmières hospitalières françaises. Construction et prégnance de l'image de la femme soignante*, Thèse pour le doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie sous la direction de M. Augé, Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales, 538 p.

Vigarrello G., 1993a, *Le sain et le malsain. Santé et mieux être depuis le moyen-âge*, Paris, Le Seuil, coll. « l'univers historique », 403 p.

Vigarrello G., 1993b, Gouverner et expliquer « l'impossible ». La non maîtrise dans les modèles anciens et modernes d'entretien de la santé, *Communication*, 56, p. 9-23.

Vuillermet F., Tranchant Ch. et Walter J.M., 1998, La fatigue : le point de vue du neurologue, *Semaine des hôpitaux*, 74, p. 145-150.

Wallon H., 1930, *Principes de psychologie appliquée*, Paris, Armand Colin.

Wallon H., 1932, Culture générale et orientation professionelle, dans *Lectures d'Henri Wallon* (1976), Paris, Les Editions Sociales.

Weber M., 1959 (1919), *Le savant et le politique*, Paris, Plon.

Weber M., 1964 (1920), *L'ethique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, Agora, 287 p.

Williams C, 1992, *Beyond Industrial Sociology. The work of men and women*, Sidney, Allen and Unwin, 286 p.

Williams S, 1998, Capitalizing on emotion ?, *Sociology*, n°1.

Young A., 1995, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder, Princeton*, Princeton University Press, 327 p.

Zeldin T., 1979, *Histoire des passions françaises : anxiété et hypocrisie* (Tome V), Paris, Editions Encre.

ANNEXES

Annexe 1 : Quelques informations sur les entretiens utilisés

En tout, 210 entretiens ont été utilisés pour ce travail dont 87 réalisés par moi dans le cadre de cette recherche sur la fatigue et 123 par d'autres personnes et pour d'autres recherches. Presque tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par écrit ; mais parmi les 87 entretiens que j'ai réalisé, cela n'a pas été possible pour neuf d'entre eux, et cela pour diverses raisons (refus de la personne interrogée, entretien au téléphone, à l'improviste, problème technique, etc.) ; dans ce cas, un maximum de notes ont été prises et une retranscription « de mémoire » a été tentée le plus tôt possible. Le détail des entretiens est le suivant :

- 81 entretiens d'infirmières, élèves infirmières et cadres infirmiers dont 40 que j'ai réalisés (voir guide d'entretien plus loin) et 41 par des étudiants de maîtrise AES (Université de Paris I) dans le cadre d'une recherche (que j'ai dirigé) en travaux dirigés (TD) sur le thème collectif : « Transformations du travail et malaise des infirmières ». Parmi les 40 entretiens que j'ai moi-même réalisés, 18 l'ont été auprès d'infirmières, cadres ou élèves de Max Fourestier (Nanterre), 16 auprès d'infirmières ou cadres de Laënnec (AP-HP Paris) et 6 auprès d'infirmières, cadres ou élèves d'autres établissements de l'AP-HP ; 29 IDE, 9 cadres et 2 élèves ont été interrogés.

- 65 entretiens de salariés appartenant aux PCS « ouvriers » et « employés » (dont 61 réalisés par d'autres personnes) ont été utilisés. Parmi ceux-ci :

31 ont été réalisés par Anne-Marie Guillemard (professeur) et son équipe (C. Didry, A. Jolivet et G. Schmidt) auprès d'ouvriers de trois entreprises : MVM, (usine de meubles dans les Vosges, 18 entretiens), Renault-Flins (7 entretiens) et Spi-CITRA (6 entretiens, maçons, chefs d'équipe). Ces entretiens été

menés dans le cadre d'une recherche sur la gestion du vieillissement en entreprise (voir guide d'entretien plus loin).

30 entretiens ont été réalisés par des étudiants de première année AES (voir guide d'entretien partiel plus loin) dans le cadre d'une recherche (que j'ai encadrée) en travaux dirigés (TD) de « sociologie générale », sur le thème collectif : « Le sens du travail pour les ouvriers et les employés ». 18 employé(e)s et 12 ouvrier(e)s ont été interrogés.

- 30 médecins ont été interrogés (27 par moi et 3 médecins du travail par Anne-Marie Guillemard et son équipe). Parmi ceux que j'ai interrogés :

14 médecins spécialisés (ou intéressés) sur la fatigue (ayant réalisé des recherches ou écrit sur la fatigue), dont 4 spécialisés sur le *burn out* des infirmières (voir modèle de guide d'entretien plus loin).

7 médecins généralistes et 9 médecins du travail (dont cinq exerçant à l'hôpital).

- 4 entretiens menés (par l'auteur) avec des psychologues travaillant à l'AP-HP.

- 9 entretiens (que j'ai réalisés) auprès de syndicalistes (CGT, FO, CFDT et CGC) dont 4 appartenant aux « Fédérations Santé » de la CGT et de la CFDT.

- 14 assistantes sociales interrogées par des étudiants de maîtrise AES (Université de Paris I) dans le cadre d'une recherche (que j'ai dirigée) en travaux dirigés de « sociologie des politiques sociales », sur le thème collectif : « Transformations du travail et malaise des travailleurs sociaux ».

- 5 entretiens (que j'ai réalisés) de responsables publics de l'AP-HP (2) et du ministère de la Santé et des Affaires sociale, Direction des Hôpitaux (3).

- 2 entretiens (que j'ai réalisés) avec des responsables d'associations de malades du SPID et syndromes apparentés.

Annexe 2 : les trois guides d'entretien les plus utilisés

1) Pour les entretiens d'infirmières (que j'ai réalisés) :

- Depuis combien de temps êtes-vous infirmière ? Vous êtes devenue directement infirmière ?

- Est-ce que vous pouvez me décrire votre travail, par exemple ce que vous avez fait aujourd'hui ?

- Quels sont vos horaires de travail ?

- Est-ce que vous diriez que votre travail est particulièrement fatigant ? (Pourquoi ?)

- (si oui) Comment est-ce que vous ressentez cette fatigue ? (fatigue physique, nerveuse, du matin, du soir, tout le temps ?)

- Qu'est-ce qui fait que votre travail est fatigant ? (contact avec la maladie, charge physique, rapports avec les malades, les médecins ?)

- Qu'est-ce que vous faites pour essayer de gérer votre fatigue ? (Ralentir le rythme de votre travail, aller chez le médecin, prendre des vitamines, arrêts maladies ?)

- Est-ce que vous parlez de vos problèmes de fatigue à votre généraliste ? Au médecin du travail ?

- Est-ce que selon vous les médecins s'intéressent assez à la fatigue ?

- (si ne se déclare pas fatigué) Est-ce qu'il y a autour de vous beaucoup de gens qui se plaignent de la fatigue ? Que pensez vous des gens qui vont voir le médecin quand ils sont fatigués ?

- Est-ce que vous avez d'autres problèmes de santé qui seraient liés à votre travail ? Avez vous eu des arrêts maladies ?

- Est-ce que vous diriez que votre travail est stressant ?

- Est-ce que vous avez déjà entendu parler du *burn out* ou syndrome d'épuisement professionnel ? De quelle façon ? (syndicats, presse professionnelle, autre ?) ; (si oui) Est-ce que vous avez connu des cas autour de vous ?

- Est-ce que vous parlez de la fatigue ou du *burn out* avec vos collègues ? Les cadres ? Les syndicats ?

- Est-ce qu'on parle assez de la fatigue, d'après vous ? (l'administration, les cadres, les syndicats ?)

- Est-ce que vous avez lu des articles sur le stress ou la fatigue des infirmières ? (si oui) Qu'en pensez-vous ?

- A votre avis, qu'est-ce qu'il faudrait faire au niveau de l'hôpital pour régler les problèmes de fatigue et de stress ? (postes plus faciles pour ceux qui sont usés, salle de relaxation, possibilité de discuter avec une psychologue, plus de jours de repos ?) Au niveau du Ministère de la Santé ? (réduction du temps de travail, âge de la retraite ?).

- Dans certains services, il y a une psychologue pour aider les soignants à gérer leur stress, notamment avec des groupes de parole où l'on exprime ses problèmes, est-ce que vous connaissez des choses de ce genre ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Est-ce que vous pensez que la vie moderne est plus fatigante qu'avant ?

- Votre travail vous semble-t-il plus ou moins fatigant que quand vous avez commencé à travailler ?

- Que pensez vous de l'expression "le travail c'est la santé" ?

- Pour finir, j'ai deux questions un petit peu personnelles : quel métier faisaient vos parents ? Et quel est votre âge ?

- Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez ajouter sur la fatigue ou le stress ?

N.B : les items entre parenthèses ne sont évoqués que si ils n'ont pas d'abord été abordés spontanément.

2) Pour les entretiens d'ouvriers réalisés par Anne-Marie Guillemard et son équipe :

- Quel est votre âge ?

- Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?

- En quoi consiste votre travail ?

- Vous êtes depuis combien de temps à ce poste là ? (titre dans l'entreprise et formation ?)

- Parlez moi un peu de vos conditions de travail ?

- Et, à la fin de la journée, vous êtes fatigué ? (si oui, est-ce que vous envisagez de demander quelque chose, un poste moins fatigant ?)

- Est-ce que vous avez d'autres problèmes de santé liés à votre travail ? Avez vous eu des arrêts maladie pour cela ?

- Vous avez changé de poste durant votre parcours professionnel ? C'est l'entreprise qui vous l'a demandé ?

- Si on vous demandait, par rapport à votre travail, de dire ce qui vous plaît le plus et ce qui vous plaît le moins, qu'est-ce que vous diriez ?

- Et au travail, les rapports avec vos collègues, ça se passe bien ?

- Et les rapports avec vos chefs, c'est tendu ou pas ?

- Si vous en aviez la possibilité, est-ce que vous aimeriez changer de travail ?

- Est-ce que vous pensez que tous les systèmes de préretraite dont on parle en ce moment, c'est intéressant ?

- Est-ce que vous avez l'impression que votre qualification correspond bien au travail que vous faites ?

- Comment se sont passées les différentes promotions que vous avez eu ?

- Récemment, on vous proposé un stage de formation ? Est-ce que vous pensez qu'il y a un âge à partir duquel on ne propose plus de formation ? Et les promotions, c'est pareil ?

- En revanche, est-ce que vous pensez que les salariés les plus âgés dans l'entreprise ont un rôle pour apprendre aux plus jeunes qui arrivent ?

- Vous avez l'impression que vous-vous entendez mieux avec les plus anciens ou avec les plus jeunes ?

- A votre avis, les plus jeunes, si vous deviez donner leurs qualités leurs défauts, qu'est-ce que vous diriez, ils sont plus dynamiques, moins sérieux ?

- Est-ce que vous avez l'impression que dans l'entreprise, quand il faut décider de mettre telle personne à tel poste, l'âge est pris en compte ? Est-ce qu'il y a une réflexion sur les postes les plus fatigants ?

- Avec les problèmes d'emploi, de chômage, est-ce que vous pensez que c'est plutôt aux plus anciens de partir ou aux plus jeunes ?

- Et les syndicats, là dessus, ils ont une opinion ?

- Pour vous, la retraite, ça représente quoi ?

- Si vous aviez le choix, quel serait l'âge idéal pour quitter l'entreprise ?

- Et vous imaginez quoi comme activité pendant la retraite ?

- Est-ce que vous connaissez les possibilités de ce que l'on appelle la préretraite progressive ? C'est-à-dire qu'à 55 ans, vous prenez une retraite progressive, vous travaillez à mi-temps pendant deux ans et puis ensuite vous partez en retraite. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Est-ce qu'il y a des qualités ou des défauts qu'ont les salariés âgés par rapport aux plus jeunes ?

- Pour vous, un salarié âgé, ça commence à quel âge ?

N.B : Ce guide est reconstruit à partir des entretiens menés par Anne-Marie Guillemard et son équipe à MVM. Seules les principales questions sont reprises, les demandes de précisions et les relances ne sont pas reproduites ici.

3) Les entretiens d'ouvriers et d'employés, réalisés par les étudiants de première années AES :

- Comment est-ce que vous vivez votre travail ?

- Est-ce que vous diriez que votre travail est plutôt source de contraintes ou de satisfactions ? Quelles sont elles ?

- Qu'est-ce que vous pensez de vos conditions de travail ?

- Est-ce que votre travail est source de fatigue et de stress ?

- Qu'est-ce que vous pensez de l'expression : "le travail c'est la santé" ?

N.B : La consigne donnée aux étudiants était de réaliser un guide d'entretien d'au moins dix questions (en allant des plus générales aux plus précises) avec obligatoirement les cinq questions ci-dessus (dans l'ordre proposé). Par ailleurs, d'autres questions ont

été suggérées comme exemples (par moi ou certains étudiants) et ont été souvent reprises librement dans les entretiens, notamment les deux suivantes :

- Si vous aviez pu être rentier, est-ce que vous auriez aimé ne pas travailler ?

- Est-ce que vous aimeriez que votre fils ou votre fille fasse le même métier que vous ?

4) Pour les entretiens d'infirmières ou d'assistantes sociales réalisés par les étudiants de Maîtrise AES, il n'est pas possible d'indiquer un guide d'entretien commun, chaque étudiant étant responsable de la construction de son propre guide en fonction la problématique élaborée dans son dossier de recherche (chaque étudiant devait définir lui même un sujet précis – et réalisable en une année universitaire – dans le cadre du thème collectif proposé).

Annexe 3 : les statistiques de la fatigue (artefact ou mesure objective ?)

Si dans ce livre le choix a été fait de surtout travailler à partir de discours, et surtout d'entretiens, plutôt que sur des statistiques, c'est en partie parce que les statistiques sur la fatigue sont difficiles à interpréter et à analyser. Sans entrer ici dans les détails[127], je voudrais juste illustrer ce problème par la présentation de quelques données quantitatives issues de différentes enquêtes.

1) Prévalence et incidence de la fatigue dans la société française :

- « Les français se plaignent plus de fatigue aujourd'hui (82% contre 65% il y a cinq ans) » (Observatoire TMO Santé Fatigue, 1991).

- « Huit français sur dix fatigués : 79% des français se sentent particulièrement fatigués » (sondage Sofres-Le pèlerin magazine, cité dans *Impact Médecin*, 1991, 111, 26-28).

[127] Pour plus de précisions, voir Merlié (dans Champagne *et al.*, 1989, chapitre 3), Druhle (1996, Chapitre 3) et surtout Gollac (1997).

- Sur les 1426 travailleurs de 8 entreprises, 78% répondent « oui » à la question : « Avez vous souvent l'impression d'être fatigué(e) ? » ; « Quand on questionne les 1426 personnes à partir d'une grille de diagnostic comportant 23 signes ou symptômes caractéristiques d'un état de fatigue, le nombre de personnes qui apparaissent concernées par la fatigue est de 1347, soit 94% » (Enquête CGT, Borrelly, 1983).

- Lors d'une enquête auprès de 1500 salariés des VIIIe et XVIIIe arrondissements de Paris 71% des personnes interrogées ont répondu « oui » à la question : « vous sentez vous fatigué ? » (centre médical interentreprise Europe, 1999, cité dans *Libération* du 06/10/1999).

- « La fatigue : deux français sur trois » (Colloque Therval médical, 1993).

- « Sur 2000 personnes représentatives de la population française âgées de 18 ans et plus, 65% et un peu plus ont déclaré avoir souffert de la fatigue physique ou psychique au cours des 24 derniers mois » (*L'essentiel Médical*, 1986, 10, 123-128).

- « Près d'un français sur deux (40%) se dit "souvent ou de temps en temps" fatigué » (sondage Ipsos, *Symptômes*, n° 15, supplément du *Quotidien du Médecin*, 1988, 4172, 44-47).

- 23 % des personnes interrogées sur les symptômes et les troubles ressentis lors des deux dernières semaines citent spontanément la fatigue (on passe à 63,5% si la même question est posée aux mêmes personnes à partir d'une liste de symptômes, Enquête menée par Aïach et Cèbe, 1991).

-L'incidence annuelle de l'asthénie est de 12% (Enquête santé, 1991, ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 1992).

- 9 % des personnes interrogées estiment que la fatigue représente un « problème de santé » important (Enquête menée par Aïach et Cèbe, 1988).

2) Fatigue et consommation médicale :

- « Votre travail a-t-il été la cause d'arrêts maladie pour fatigue et surmenage ? Oui : 15,1% » (Enquête de médecins du travail de la ville de Nancy auprès de 643 travailleurs, 1984).

-« Asthénie : quelques chiffres. Nombre de consultants par jour en France : 500 000. Budget honoraires annuel : entre 800 et 1000

MF. Budget médicaments annuel : entre 600 et 900 MF » (cités par Cabane dans Colloque Therval médical, 1993).

- Part du généraliste dans l'ensemble des séances de médecin avec diagnostic de fatigue : 94,8% (cité dans Mossé et Karsenty, 1983).

-« La fatigue est présente chez 50% des consultants en médecine générale » (*Le Quotidien du Médecin*, 1981, 29-30 mai, 9-10).

- « La fatigue est au premier plan, présente chez 35% des patients » (Enquête menée sur deux jours de juin et décembre 1992 auprès de 80 médecins aquitains, Maurice-Tisson *et al.*, 1994).

- « L'asthénie, selon les statistiques, frapperait 20% des consultants en médecine de ville » (La Vie Médicale, 1984, supplément de décembre, n°2, 5-10).

- La prévalence de la plainte asthénique en médecine générale est de 10% (Enquête ADAM, Asthénie, Dépression, Anxiété en Médecine générale, citée dans *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 1994, 8, 251, 33-43).

- Part relative du diagnostic « asthénie ou fatigue anormale » dans l'ensemble des diagnostics posés en 1982 : 3,3% (Enquête DOREMA auprès d'un échantillon représentatif de médecins de ville, citée dans Mossé et Karsenty, 1983).

Commentaires rapides : Les écarts importants constatés entre les différentes enquêtes laissent perplexe. Même des études qui peuvent sembler « sérieuses » (organisme officiel, large échantillon) ne permettent pas de déterminer quel est le « vrai » chiffre car le résultat dépend énormément de la méthodologie de l'étude. Par exemple, l'enquête DOREMA, part des prescriptions réalisées pour arriver au diagnostic : ainsi, un patient venu se plaindre de fatigue et à qui le médecin prescrit un antidépresseur aura un diagnostic de « dépression ». Les antifatigues étant de moins en moins prescrits par les médecins, le diagnostic « asthénie ou fatigue anormale » sera donc rare. De plus, le contexte social dans lequel prend place l'enquête influe sur les résultats. Par exemple, l'enquête de la CGT faisait partie d'une campagne de sensibilisation des travailleurs sur la question de la santé au travail et les répondants étaient ainsi « incités » à bien signaler leurs problèmes. D'autre part, les institutions les plus « intéressées » (comme les laboratoires pharmaceutiques) sont aussi ceux qui

« produisent » le plus gros chiffres. Finalement, le principal problème des mesures statistiques de la fatigue est qu'elles contribuent à objectiver, voire à construire, le phénomène qu'elles cherchent à décrire.

Annexe 4 : les principaux sigles utilisés

AES = Administration Economique et Sociale (filière universitaire française).

ANACT = Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

AP-HP = Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

ASH = Agent de Service Hospitalier.

BIT = Bureau International du Travail.

CDC = *Center for Disease Control* (organisme officiel américain situé à Atlanta).

CFDT = Confédération Française Démocratique du Travail

CGC = Confédération Générale des Cadres.

CGT = Confédération Générale du Travail.

CFIDS = *Chronic Fatigue and Immune Dysfonction Syndrome* (nom préféré par les malades du SFC).

CFS = *Chronic Fatigue Syndrome.*

CHSCT = Comité d'Hygiène, de Santé et des Conditions de Travail.

CHU = Centre Hospitalo-Universitaire.

CIM = Classification Internationale des Maladies (réalisée par l'OMS).

CNAM = Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CNPF = Conseil National du Patronat Français.

CNRS = Conseil National de la Recherche Scientifique.

DSM = *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (fait par les psychiatres américains).

FO = Force ouvrière.

IDE = Infirmière Diplômée d'Etat.

IG = Infirmière Générale (aussi appelée directrice en soins infirmiers).

IGR = Institut Gustave Roussy (spécialisé sur le cancer).

INRS = Institut National de Recherche et Sécurité.

INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

MBI = *Maslach Burn out Inventory* (test psychologique de mesure du bur out).

ME = *Myalgic Encephalomyelitis* (nom britannique du SFC).

MVM = Manufacture Vosgienne de Meubles.

OMS = Organisation Mondiale de la Santé.

OS = Ouvrier Spécialisé.

PTSD = *Post-Traumatic Stress Disorder*.

RATP = Régie Autonome des Transports Parisiens.

SDF = Sans Domicile Fixe.

SFC = Syndrome de Fatigue Chronique.

SICS = Service Infirmier de Compensation et de Suppléance.

TMS = Troubles Musculo-Squelettiques.

Table des matières

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I

La sociogenèse historique de la notion de mauvaise fatigue 19

I La figure de l'usure 20

II Les moines et l'acédie : naissance de l'individu 22

III La mélancolie aristocratique, une réaction au processus de civilisation 26

IV La montée de la bourgeoisie et l'invention de la neurasthénie 34

V Deux entités contemporaines de mauvaise fatigue : le SFC et le burn out 48

VI Mauvaise fatigue et processus de civilisation 57

CHAPITRE II

La difficile reconnaissance de la mauvaise fatigue des ouvriers 63

I La fatigue ouvrière est d'abord perçue comme une fatigue physique 63

II De la psychophysiologie de la fatigue à la psychopathologie du travail 68

III Les syndicats et la fatigue au travail 80

La Confédération Générale de Travail (CGT) 81

La Confédération française démocratique du travail (CFDT) 86

La Confédération générale du Travail - Force ouvrière(CGT-FO) 90

IV Les discours ouvriers sur la fatigue 91
La force et la résistance à l'usure : le refus de reconnaître sa fatigue.....97
Le travail et l'usure comme nécessités : prise en charge médicale et retrait partiel du travail 101
Des formes de fatigue moins évoquées : la monotonie, l'ennui et le stress.....107

CHAPITRE III

De la fatigue des infirmières au burn out.....115

I Evolution historique de la profession et transformation des discours sur la fatigue 116

II Les représentations de la fatigue infirmière 123

III Sentiment de fatigue et difficultés dans la relation au malade.....129
Les sources potentielles de souffrance dans la relation au malade.....130
La médicalisation et la psychologisation de la fatigue comme moyen de préservation de soi.....137

IV La gestion de l'identité professionnelle.....153

V Burn out et professionnalisation des infirmières.....165
La gestion du stress comme forme de « régulation morale ».....168
Le burn out et le mythe de l'infirmière idéale.....176
La construction de l'épuisement professionnel 182
Le burn out de l'infirmière est-il le burn out du travailleur social ?.....186

CHAPITRE IV

Mauvaise fatigue et régulation des conflits au travail.....191

I La fatigue et le « problème infirmier ».....195
Négociations autour de la fatigue et du stress des infirmières à la suite des mouvements de 1988 197

L'action de la Direction des Hôpitaux.....200
L'application dans les établissements :
l'exemple de l'AP-HP.....204
La construction d'un système de collusion tacite
autour des notions de stress et de burn out 209

II Routiers et traminots : deux formes d'introduction
de la fatigue et du stress dans les conflits du travail 219
Apparition de la fatigue comme axe de revendication
et permanence du modèle de l'usure chez
les chauffeurs routiers.....220
Le stress des conducteurs de bus dans
les grandes villes.....224
Le processus de civilisation et le contrôle
psychophysiologique des salariés.....232

III Fatigue au travail et épanouissement personnel : une
nouvelle morale ?.....235

CONCLUSION 249

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....265

ANNEXE 1 : Quelques informations sur les entretiens.....279
ANNEXE 2 : Les trois guides d'entretien les plus utilisés 281
ANNEXE 3 : Les statistiques de la fatigue
(artefact ou mesure objective ?).....285
ANNEXE 4 : Les principaux sigles utilisés.....288