

# Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe

Pascale MOLINIER (\*)

La psychodynamique du travail se définit comme l'analyse des processus psychiques mobilisés par la rencontre entre un sujet et les contraintes de l'organisation du travail. Dans les années 80, des enquêtes réalisées dans des milieux de travail masculins ont permis de découvrir l'existence de stratégies collectives de défense contre la souffrance dans le travail. À partir de 1988 s'est amorcé un important travail interdisciplinaire avec les sociologues du travail. Il s'agissait de savoir si la psychodynamique du travail était heuristique pour analyser également les situations des femmes dans le monde du travail et de réexaminer les connaissances préexistantes sur la souffrance des hommes dans le cadre d'une problématique sexuée. L'article relate les principaux jalons qui ont conduit à faire des rapports sociaux de sexe et de leur enjeu, la division sexuelle du travail, une dimension centrale dans la recherche clinique, la théorie et la méthodologie en psychodynamique du travail. Une place centrale est accordée à la situation des infirmières à partir de laquelle se sont constituées les principales connaissances sur les rapports entre santé et travail du côté des femmes.

## **P** psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe

La psychodynamique du travail a été initiée par Christophe DEJOURS à la fin des années 70. Son objet est l'analyse du rapport entre santé mentale et travail. On s'intéresse plus particulièrement à la dynamique de la souffrance et du plaisir en situation de travail. Le modèle de l'homme est issu de l'anthropologie freudienne, à partir de laquelle on considère que le sujet aborde le monde du travail avec l'ensemble de ce qu'il est et de ce qu'il cherche à accomplir dont il n'a qu'une conscience

confuse et partielle. Quand cette quête personnelle peut se poursuivre en situation de travail, alors le travail participe de l'accomplissement de soi. Lorsque l'organisation du travail fait obstacle à l'élaboration de la souffrance et à sa transformation en plaisir, alors le travail peut être particulièrement délétère pour la santé mentale. Il n'y a pas de neutralité du travail vis-à-vis de la santé mentale.

Durant les années 80, le rapport santé mentale-travail a été conceptualisé, principalement par des hommes, à partir d'enquêtes cliniques réalisées pour la plupart auprès de travailleurs masculins exerçant des activités dangereuses (pilotes de chasse, opérateurs et ingénieurs de l'industrie de process, ouvriers du BTP) (DEJOURS 1980). Le corpus théorique de la psychodynamique du travail s'est déployé à partir de la découverte, dans ces milieux de travail, de « *stratégies collectives de défense* », autrement dit de formes de coopération pour lutter contre la souffrance dans le travail, plus précisément contre la peur générée par les risques de l'activité. On a pu montrer que ces stratégies collectives de défense étaient beaucoup plus efficaces pour préserver la santé mentale que les stratégies individuelles, mais qu'elles entraînaient des distorsions de la communication en empêchant que soit pensé et discuté ce qui, dans le travail, s'avérait pénible à supporter psychiquement. Apparaissait une nouvelle forme de rationalité de l'action, la rationalité subjective ou rationalité pathique de l'action, orientée vers la survie et la santé, qui permettait d'interpréter à nouveaux frais des « conduites insolites » ou des « résistances au changement » jusqu'alors jugées irresponsables ou contre-productives.

Les fondements théoriques de la discipline et ses premières découvertes empiriques ont ainsi été établis dans un cadre de référence au masculin-

(\*) CNAM – LPTA, 41, rue Gay-Lussac 75005 PARIS.

neutre, où la question ne se posait pas de savoir si la théorie en psychodynamique du travail était heuristique pour comprendre aussi les situations vécues par les femmes. La découverte des différences hommes/femmes ne s'est pas faite sur le terrain, en dépit de premières enquêtes réalisées auprès de personnels soignants, en majorité des femmes. On s'est alors borné à constater que l'on ne retrouvait pas, dans les collectifs soignants, de stratégies collectives de défense à l'instar de celles décrites dans la pétrochimie ou le bâtiment. On en a déduit, à l'époque, l'absence de coopération défensive entre soignants, preuve qu'on ne trouve souvent que ce que l'on cherche.

En 1988, lors du séminaire interdisciplinaire « *Plaisir et souffrance dans le travail* », Danièle KERGOAT et Helena HIRATA ont lancé un véritable pavé dans la mare en posant la question de savoir si la psychodynamique du travail pouvait « faire l'économie des rapports sociaux de sexe » (HIRATA, KERGOAT, 1988). En démontrant que la problématique des rapports sociaux de sexe était transversale à l'ensemble du champ social, donc à l'ensemble des champs disciplinaires, qu'elle concernait les hommes aussi bien que les femmes, et le travail salarié comme le travail domestique, elles ont été à l'origine de remaniements théoriques, puis méthodologiques, d'envergure qui ont eu, et continuent d'avoir, un impact décisif sur l'ensemble du programme scientifique en psychodynamique du travail

### **Psychanalyse et division sexuelle du travail : une théorie implicite**

D'un point de vue psychanalytique, on considère que les différences psychiques entre les hommes et les femmes trouvent leur origine à un âge précoce dans la psychosexualité, donc bien en amont de la rencontre avec le travail. Dans cette perspective, le statut théorique de la division sexuelle du travail est de peu d'importance. Il est sous-entendu que celle-ci est, pour ainsi dire, le prolongement social de ces différences et se justifie du fait de ces différences. Cette conception naturaliste et harmonieuse de la division sexuelle du travail existe d'ailleurs en sociologie (cf. le fonctionnalisme de Parsons). Sans doute les injustices sociales devraient-elles être corrigées, mais la division sexuelle du travail n'aurait pas lieu d'être abolie, puisqu'en offrant des tâches différentes aux hommes et aux femmes, elle serait en résonance symbolique avec leurs orientations différenciées en matière d'accomplissement de soi. Pour expliquer que certaines personnes fassent un choix professionnel atypique, sans remettre en

question la complémentarité entre les sexes, la notion de bisexualité psychique peut être utilisée comme une variable d'ajustement afin de rendre compte des situations d'exception. Chacune aurait en soi une part féminine et une part masculine, avec un dosage différent selon les individu-es. Une solution théorique apparemment moins stigmatisante pour les femmes que l'interprétation de leurs ambitions professionnelles en termes de « revendication phallique » ou de « complexe de masculinité ». Et moins immédiatement homophobe vis-à-vis des hommes exerçant des métiers féminins.

C'est tout cet échafaudage, en grande partie implicite, qui s'est trouvé remis en question par les sociologues du travail et leur catégorisation de classe et de sexe.

### **La division sexuelle du travail : l'enjeu des rapports sociaux de sexe**

Selon Danièle KERGOAT, le rapport social de sexe est une tension qui structure et traverse l'ensemble du champ social et érige certains phénomènes sociaux en enjeux autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagonistes. Le rapport social de sexe repose d'abord et avant tout sur un rapport hiérarchique entre le groupe social des hommes et le groupe social des femmes. Ces groupes sont en tension permanente autour d'un enjeu central, le travail et ses divisions.

« La division sexuelle du travail a pour caractéristiques l'assignation prioritaire des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive ainsi que simultanément la captation par les hommes des fonctions à forte valeur ajoutée (politiques, religieuses, militaires, etc.). Cette forme de division sociale a deux principes organisateurs : le principe de séparation (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) ; le principe hiérarchique (un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme) » (KERGOAT, 2001, page 89)

Selon l'auteure, si les deux principes organisateurs se retrouvent dans toutes les sociétés étudiées, en revanche, et c'est bien sûr capital, on constate une extrême variabilité des modalités de la division sexuelle du travail, dans l'espace et dans le temps. Dans cette perspective, les différences constatées entre les pratiques des hommes et des femmes sont des construits sociaux, et ne relèvent pas d'une causalité biologique. Ce construit social a une base idéologique (le naturalisme) mais aussi et avant tout matérielle – « en d'autres termes, le “ changement de mentalité ” ne se fera jamais spontanément s'il reste déconnecté de la division du travail

concrète. » (KERGOAT, 2000, page 40). Ceci implique une conceptualisation rigoureuse du travail qui déconstruit le clivage travail-hors travail et ne dissocie pas les rapports de production des rapports de reproduction. Par ailleurs, et il s'agit d'un point tout à fait important, le rapport social de sexe est un concept analytique. Danièle KERGOAT insiste souvent sur son caractère d'abstraction, ceci pour mettre en garde contre une analyse solipsiste de la complexité des pratiques sociales. Si le rapport social de sexe est heuristique pour penser les pratiques sociales, leurs enjeux et leurs évolutions, il ne peut être isolé des autres rapports sociaux. Intrication et recouvrement partiel des rapports de classe et de sexe sont conceptualisés non pas en termes de hiérarchie mais de co-extensivité.

### **Travail, subjectivité et déterminismes sociaux**

À partir de fondements épistémologiques apparemment aussi éloignés, comment expliquer que le rendez-vous entre la psychodynamique du travail et les sociologues du travail ait pu malgré tout avoir lieu ?

Les rapports sociaux de sexe représentaient le point aveugle de la psychodynamique du travail. Mais la problématique du plaisir et de la souffrance dans le travail avait été construite en refusant la « tentation » psychosociologique, c'est-à-dire la thèse de l'articulation entre l'individu et le social, au profit d'une conception dynamique des rapports entre sujet et société. Entre la scène du fantasme et l'expérience du travail (on prenait alors pour exemple le rêve d'apesanteur et le métier de pilote de chasse), il y avait toute la matérialité des contraintes de l'organisation du travail (DEJOURS, 1980). Celles-ci ne s'inscrivaient pas dans la continuité de l'histoire personnelle, mais s'imposaient indépendamment de la volonté du sujet. L'expérience du travail ne répétait pas l'histoire infantile. Aussi, problématiser les rapports dynamiques entre le sujet et le travail impliquait-il d'éviter un double écueil :

- d'un côté, ne pas faire l'impasse sur la pesanté des déterminismes sociaux et leur hétéronomie par rapport à la psychologie individuelle. Bref, se doter d'une vraie théorie sociale ;
- de l'autre côté, ne pas céder à une autre « tentation », celle d'une science de l'homme sans subjectivité, en accordant à ces déterminismes un poids si écrasant que le sujet en serait réduit à n'être qu'un simple reflet du social, une marionnette sans épaisseur psychique et, partant, sans liberté. Auquel cas, l'analyse des rapports dominants-dominés se réduirait purement et simplement à une théorie de

l'aliénation, inapte à penser les processus d'émancipation.

La sociologie des rapports sociaux de sexe donne un statut privilégié à l'antagonisme, au conflit. « *Les rapports sociaux ne sont pas pour moi le déterminisme*, écrit Danièle KERGOAT, *mais au contraire une manière de penser et de travailler la liberté* » (HIRATA, KERGOAT, 1988, page 140). De plus, étroitement lié à la question de la liberté, le travail représente un enjeu central dans les deux disciplines. Il apparaît, rétrospectivement, que c'est cette doctrine commune des rapports entre déterminismes et liberté qui a rendu possible un travail interdisciplinaire, fécond pour les deux parties. KERGOAT et HIRATA ont intégré dans leur propre travail théorique que les enjeux en termes d'émancipation ne puissent être déliés des enjeux en termes de santé mentale, et que « l'on ne puisse penser le travail, y compris sociologiquement, sans prendre en compte la subjectivité. » (KERGOAT, 2001, page 89).

## **Une autre lecture**

### **de la souffrance au travail**

Dans le commentaire qu'il donne de leur contribution au séminaire « *Plaisir et souffrance dans le travail* », Christophe DEJOURS écrit : « Chaque souffrance serait, si l'on suit les thèses sociologiques ici exposées, sexuée. [...] Certaines souffrances sont masculines, d'autres sont féminines. Elles ne sont pas similaires, parce que les situations de travail qui les génèrent ne sont tout simplement pas les mêmes non plus. » (HIRATA, KERGOAT, 1988, page 167)

### **Une première étape : reconsidérer la souffrance des hommes**

La première étape a consisté à reconsidérer la souffrance au travail des hommes. Danièle KERGOAT a rendu possible une nouvelle lecture, une lecture sexuée, des stratégies collectives découvertes dans les milieux masculins, en soulignant l'importance de la virilité sociale dans ces stratégies. C'est ce qu'elle pointe à propos des chauffeurs routiers de l'usine Bulledor, que le chef du personnel comparait à « une horde de chevaux sauvages » (HIRATA, KERGOAT, 1988, page 153). Ce qui la frappe est, d'une part, qu'il s'agit à l'évidence d'un jugement positif proféré par la hiérarchie sur un groupe pourtant perçu par l'encadrement comme rebelle à toute discipline. D'autre part, les chauffeurs eux-mêmes jugeaient positivement leur

travail, alors que la durée et les conditions de travail étaient très dures. L'exaltation virile n'a-t-elle pas pour fonction de « compenser » l'exploitation que leur font subir les rapports de classe ? demande-t-elle. Cette question aura de fortes incidences sur la conceptualisation des stratégies collectives de défense.

La dimension collective de ces stratégies est apparue de façon typique dans les métiers du bâtiment. Il s'agit, principalement, de lutter contre la peur engendrée par le travail en lui opposant collectivement un déni de perception. Dans la construction de ce déni, il apparaît que la virilité sociale joue un rôle prépondérant. En substance, un homme, un « vrai », doit multiplier les démonstrations de courage pour réussir à convaincre ceux qui travaillent avec lui et partagent les mêmes risques, qu'il maîtrise et méprise la peur. L'exaltation virile n'offre pas seulement une « compensation » narcissique à l'exploitation, elle se constitue en une véritable idéologie défensive qui, lorsqu'elle est partagée par tous les membres d'un collectif de travail, interdit l'expression de la peur et plus largement de la souffrance dans le travail. Celui qui souffre doit se taire et/ou partir, sinon il passe pour un faible, une « mauviette », une « femme ». Dans le monde salarial, comme dans l'espace privé, les activités susceptibles de fragiliser la position virile, parce qu'elles confrontent à la vulnérabilité humaine, sont prises en charge par des femmes, de préférence sans en parler avec les hommes sous peine de s'exposer à leur mauvaise humeur, ou pire (MOLINIER, 1996). Le déni de la souffrance des hommes apparaît ainsi comme un ressort psychologique fondamental dans l'analyse combinée des rapports sociaux de production et de reproduction, et comme l'un des principaux organisateurs des pratiques sociales, notamment des luttes syndicales.

En 1998, C. DEJOURS franchira un pas supplémentaire en montrant que la virilité « n'anesthésie » pas seulement la perception de la peur, mais aussi le sens moral (DEJOURS, 1998). L'analyse du « cynisme viril » dans les organisations contemporaines met au jour des formes de rationalisation défensive, en particulier du côté des cadres, pour justifier leur propre participation à l'injustice sociale. Tous les termes qui sont associés à la virilité s'élèvent dans la hiérarchie des valeurs et sont susceptibles d'acquérir une noblesse, même s'il s'agit d'infliger la souffrance ou l'injustice à autrui. Un homme, un « vrai », n'aurait pas d'états d'âme. Au nom du courage viril, le mal commis par les hommes est plus aisément justifié que celui commis par les femmes et le bien qu'elles font n'atteint pas tout à fait la même valeur que celui des hommes.

## Les ouvrières et le syllogisme du sujet sexué féminin

Existe-t-il des collectifs de métier féminins ? Des formes de coopération spécifiques et des formes de coopération défensive féminines ? Selon Danièle KERGOAT, le collectif des ouvrières n'existe qu'en période de lutte et le groupe ouvrier féminin apparaît au quotidien comme entièrement atomisé, défini, à travers la représentation qu'en donnent les ouvrières, « comme un agrégat traversé par une intense concurrence interindividuelle (la solidarité serait l'apanage exclusif du groupe homme ou du moins du groupe mixte) ». Le problème des « jalousies » revient comme un leitmotiv dans la quasi-totalité des entretiens.

KERGOAT plutôt que d'évacuer, en termes de reproduction des stéréotypes sexués, les discours récurrents sur la « jalousie » décide de leur accorder l'importance « que les ouvrières elles-mêmes leur accordaient », en les formalisant par un syllogisme (KERGOAT, 1988) :

1 - toutes les femmes sont jalouses (ont peur du chef, sont médisantes, etc) ;

2 - moi, je ne suis pas jalouse.

Les prémisses mettent en visibilité le refus de l'individuelle-ouvrière de s'identifier à un groupe d'appartenance « femme » jugé péjorativement selon les stéréotypes sexistes de l'idéologie dominante. L'idée forte est que formellement la conclusion devrait être :

3 - donc je ne suis pas une femme.

Dans la mesure où « je ne suis pas une femme » n'est ni dicible ni même pensable, « la constitution sexuée du sujet se trouve ainsi bloquée au niveau de ses représentations » et semble être dans l'impasse (KERGOAT, 1988, page 110).

Les ouvrières ne peuvent pas, en tant que femmes, se constituer en un « sujet social ». Quelles sont les conséquences d'un tel défaut d'identité sociale sur l'identité individuelle ? Qu'en est-il pour les femmes qualifiées ? Le stéréotype de la « jalousie », à l'inverse des « valeurs » viriles mobilisées par les hommes, est péjoratif. En admettant qu'il existe dans d'autres milieux de travail que celui des ouvrières des stratégies collectives de femmes, à partir de quelles autres ressources idéologiques celles-ci sont-elles construites ? Et ces stratégies parviennent-elles à réduire, voire à surmonter, la discontinuité entre le sujet sexué d'une part, le groupe sexué et l'univers de travail d'autre part ?

## À travail différent, souffrance différente : la compassion des infirmières

Pour tenter de répondre à ces questions, il fallait trouver une situation autorisant la comparaison avec les situations du travail masculin qui ont permis de construire les connaissances en psychodynamique du travail. Prescrit par des hommes (médecins et administrateurs), le métier d'infirmière a été inventé, exercé et stabilisé par une majorité de femmes, à tous les niveaux de la hiérarchie. Outre qu'il implique des formes de commandement et de coopération, la technicité en est une dimension importante et il s'agit d'un travail qui confronte à la peur (contamination, erreur, violence...). Bien qu'il comporte des similitudes avec les situations masculines, le travail infirmier en est aussi très différent : explicitement orienté vers l'attention aux autres et le soulagement de la souffrance psychique, il apparaît, pour cette raison même, fortement indexé à l'identité féminine.

Pour investiguer les situations du travail infirmier, la solution a été de privilégier un constructivisme méthodologique. On a délibérément suspendu la question de savoir si les hommes et les femmes étaient, par nature, différents. Fidèle aux options méthodologiques de la psychodynamique du travail, on a pris comme axe d'analyse le conflit entre le sujet et les contraintes de l'organisation du travail. Mais ce conflit a été redéfini dans le cadre d'une problématique intégrant la division sexuelle du travail comme une dimension structurante et centrale dans le rapport subjectivité travail.

La confrontation avec la souffrance d'autrui est à la source d'une souffrance spécifique qui est la compassion (souffrir avec). Quelles sont les principales découvertes à propos de cette souffrance ?

L'expérience des élèves infirmières s'instaure sous le primat de la peur et du dégoût, assortie à la tentation de raser les murs et d'éviter la confrontation avec les malades. Ce n'est pas la compassion qui est première, mais les conduites d'évitement. La compassion est un processus psychique déclenché par l'obligation qui est faite de se confronter avec les malades, même quand on n'en a pas envie, et qui ne s'élabore qu'à grand peine, grâce au collectif. La compassion est le fruit d'une construction sociale.

D'un côté, le rapport subjectif à autrui est fortement teinté d'ambivalence ; on a affaire à des personnes dont les dégradations physiques et mentales

suscitent l'angoisse, le dégoût et la peur. De l'autre côté, l'organisation du travail hospitalier, notamment au travers de ses contraintes temporelles, tend à faire passer l'humanisation des soins au second plan par rapport aux dimensions techniques du travail. Mais l'instrumentalisation de l'activité est vécue comme insatisfaisante du point de vue des valeurs et du sens du métier. Bien travailler, c'est construire le meilleur compromis entre efficacité technique et compassion. Un tel compromis est nécessairement imparfait, mais il peut être jugé acceptable. La qualité des arbitrages collectifs est ici décisive, tant pour éviter la déshumanisation des soins que les risques de transgressions individuelles, par exemple, ne pas mettre les gants de protection par compassion vis-à-vis des patients en stade terminal du sida (CARPENTIER-ROY, 1991). Les dimensions ambiguës de l'affectivité sont en effet toujours présentes dans une activité où les relations peuvent atteindre une réelle intensité. Par la délibération, les soignantes établissent une frontière collective entre, comme elles disent, « la femme » et la « professionnelle », pour ne pas « tout mélanger ». L'importance que les infirmières accordent à cette frontière, comme garante de leur santé mentale, suggère que, dans leurs représentations, l'identité féminine et l'identité professionnelle ne se recouvriraient pas complètement, et la confusion entre les deux serait source de souffrance.

*« Au début, en tant qu'infirmière, je prenais très très mal des réflexions venant d'hommes, du genre : vous avez la main douce (...). Je veux être reconnue en tant qu'infirmière, pas en tant que femme. (...) Tu sais, quand tu es une nana, tu as toujours peur des contacts parce que tu le vis comme une agression physique : il ne faut pas me toucher parce que c'est vouloir prendre mon corps, ça je ne le supporte pas. Ça, c'était au moment où il y avait encore la nécessité de m'affirmer en tant que professionnelle, en tant que femme aussi »* (KERGOAT, 2001, page 95).

### « Toutes les femmes sont bavardes » : stéréotype sexué ou stratégie collective de défense ?

Les infirmières dissocient avec insistance leur « être-femme » de leur professionnalité, insistance sans équivalence du côté des hommes. Les valeurs compassionnelles ne sont jamais considérées par elles comme des valeurs spécifiquement féminines (vs les valeurs viriles) (1). Leurs stratégies collecti-

(1) Les infirmiers partagent les mêmes valeurs. Dans les collectifs infirmiers, la virilité n'atteint jamais le même statut valorisant que dans les activités masculines. Ainsi, lorsque les infirmiers en psychiatrie sont contraints d'utiliser la force physique pour maîtriser la violence des malades mentaux, leur virilité est « sans gloire » : utiliser la force ou l'intimidation pour contrôler un patient est explicitement considéré comme « un sale boulot » (MOLINIER, GUIBUZZA, 1997).

ves de défense, aussi, sont à l'opposé des stratégies viriles ; elles ne pouvaient être mise au jour dans un modèle théorique « androcentré ». C'est la tonalité particulière des discussions entre soignantes qui fait apparaître les spécificités de la coopération défensive, sous condition d'une prise de distance vis-à-vis des stéréotypes sexués, afin d'y entendre autre chose qu'un papotage de « bonnes femmes » ou « d'écervelées ».

Le déni de leur propre vulnérabilité rendrait les infirmières insensibles à la souffrance, mettant en échec l'efficacité et le sens même du travail. Les discussions des soignantes visent donc à élaborer la souffrance générée par le travail hospitalier sans lui opposer un déni. Mais cette élaboration collective n'est pas moins ambiguë que la réalité qu'elle cherche à subvertir. Les infirmières consacrent un temps non négligeable à discuter entre elles, de préférence autour d'une tasse de café. Ces moments de convivialité sont nécessaires à la cohésion de l'équipe et à la qualité du travail comme à la bonne santé mentale des personnels, mais tendent à disparaître dès que le travail s'intensifie. Durant ces discussions informelles, les soignantes échangent des informations précieuses pour le suivi du travail, mais aussi l'expression de leurs divers sentiments, de doute, d'inquiétude, d'impuissance, d'attirance ou de dégoût. La tonalité de ces échanges peut paraître insolite, voire choquante pour des personnes extérieures. Les situations décrites sont souvent pathétiques, pourtant c'est la bonne humeur qui règne. Chacune s'ingénie à dédramatiser les situations vécues en déployant des prouesses d'inventivité et de fantaisie pour trouver de quoi rendre le quotidien amusant ou cocasse. Pour le dire autrement, il s'agit d'inventer ensemble les ressources symboliques qui permettent de rendre le monde vivable sans en évacuer pour autant la souffrance. Pour ce faire, les soignantes se moquent des malades, des cadres infirmiers et des médecins, mais surtout, elles se moquent d'elles-mêmes, « faibles femmes ». La dimension de l'autodérision vis-à-vis de sa propre vulnérabilité est la composante essentielle des défenses « féminines ». L'aveu de vulnérabilité est congruent avec la féminité. À l'inverse, se moquer de ses propres faiblesses, de ses propres échecs, est inconcevable dans la perspective virile. Il existe bien une sexuation des défenses. Évidemment, ce n'est pas parce que les femmes sont dotées, à la naissance, de la capacité

d'autodérision qu'elles peuvent accomplir le travail soignant. C'est plutôt le travail soignant qui, pour être supporté, implique de développer la capacité de reconnaître en soi ses propres faiblesses et de les tolérer chez les autres.

Ces stratégies de « domestication » du réel sont contingentes et ne s'élaborent que pour autant qu'il existe un collectif de règles infirmier. Or la pérennité du collectif est tributaire du désir de mettre en partage son expérience du travail avec les collègues. Ce qui implique d'être en accord avec ce que l'on fait. L'échec du travail compassionnel signe l'entrée dans la souffrance éthique. C'est le cas, notamment, pour n'en donner qu'un exemple schématique, quand les personnels hospitaliers ont le sentiment d'être avant tout évalués, non pas sur la qualité des soins, mais sur leur promptitude à « vider les lits » ou à les « rentabiliser ». Voici, typiquement, le genre de situation susceptible de briser la parole au sein du collectif et de provoquer des décompensations psychopathologiques. Celles-ci interviennent lorsque le sujet ne parvient plus à travailler conformément à ses valeurs ; lorsqu'il éprouve le sentiment d'accomplir un travail indigne, néfaste pour autrui. Une tâche dont il a honte et qu'il ne souhaite pas, de ce fait, mettre en délibération avec ses collègues. Ce n'est pas la compassion qui est pathogène mais l'impossibilité chronique de lui donner une issue créatrice dans le soin. Quelles sont les formes de décompensations des personnels soignants ? Quelle en est leur fréquence ? Les médecins du travail hospitalier seraient les mieux placés pour répondre à ces questions, sachant que les rapports entre souffrance dans le travail et maladie n'entretiennent pas de relations causales : dépressions, suicides, passages à l'acte violents pour les uns, apparitions de diverses maladies somatiques pour d'autres. Nos enquêtes suggèrent toutefois qu'entre le drame de la maladie et la subversion collective de la souffrance, une voie largement empruntée est celle des stratégies individuelles de défense.

### ***Deux stratégies individuelles typiques : la mutation et l'activisme***

Dans une enquête réalisée auprès de cadres infirmiers souffrant de surmenage (2), lorsque celles-ci estiment qu'elles ne pourront pas travailler conformément à leurs valeurs, il leur paraît souvent plus sage de demander rapidement une mutation plutôt

---

(2) La trentaine de participantes étaient âgées de 30 à 55 ans environ, la majorité d'entre elles avait des enfants.

que de s'épuiser dans des conflits stériles et vains avec les chefs de service et l'administration (MOLINIER, 2001). De fait, départs et mutations interviennent lorsque les gens ont compris qu'ils n'avaient pas le rapport de force pour modifier la situation (3). Bref, les stratégies de mutation (parfois de démission) interviennent après des tentatives avortées de résistance ou de rébellion, tentatives souvent coûteuses sur le plan personnel et dont l'échec est douloureux à élaborer. Le départ signe le refus de se faire complice du système et la volonté, comme le disent les cadres infirmiers, de « sauver sa peau » (4).

La demande de mutation (ou la démission) succède souvent à une phase d'activisme. L'activisme est une stratégie, classique dans le milieu hospitalier, qui consiste à vouloir accomplir sa tâche intégralement, notamment à ne pas sacrifier l'humanité des soins, quitte à ne pas compter ses heures. L'activisme privilégie donc le sens du travail. Mais il s'agit d'une stratégie à court terme qui débouche sur le rétrécissement de la vie personnelle et sur l'épuisement professionnel auquel nombre de soignantes tentent de pallier par l'automédication.

Si l'activisme est exploité par l'organisation du travail, en revanche il n'est ni reconnu ni récompensé. Lorsque les soignantes sont usées, épuisées, et deviennent, de ce fait, en partie inaptes à leur fonction, elles sont stigmatisées par leurs collègues et leur encadrement dans le registre des « bras cassés ». L'activisme est rarement une stratégie collective (5), il est source de conflit et de division dans les équipes entre celles qui ne comptent pas leurs heures, acceptent de venir effectuer des remplacements sur leurs jours de repos, et celles qui tentent de protéger leur vie privée, de faire respecter leurs droits, doivent composer avec des contraintes (mono)parentales, ou simplement ont passé l'âge du surmenage. Que les équipes soignantes soient composées pour l'essentiel de femmes de classe moyenne assujetties à la double tâche joue ici un rôle primordial. Par différence avec la souffrance générée par le travail infirmier, la souffrance générée par sa « conciliation » avec le travail reproductif est vécue comme un problème individuel, et non comme une difficulté qui pourrait être sociali-

sée et surmontée collectivement. Ceci est apparu nettement dans l'enquête réalisée auprès des cadres infirmiers. Lorsque celles-ci ne parviennent pas à « concilier » leur rôle maternel et conjugal avec leur travail, ce qui, au vu des contraintes de l'organisation du travail peut paraître, au moins à nous les chercheurs, comme une mission impossible, ce n'est pourtant pas l'organisation du travail qu'elle remettent en question en premier chef, mais elles-mêmes (ou celles qui n'y parviennent pas). « Mauvaises cadres » et « mauvaises mères », c'est « de leur faute » : elles auraient eu tort de vouloir faire carrière. Cette personnalisation de leurs difficultés les conduit à en porter seule, dans le silence et la culpabilité, l'entière responsabilité. Enfin, lorsque les infirmières épuisées essaient de faire remonter leurs difficultés auprès des décideurs, elles sont dans un tel état d'excitation, d'épuisement émotionnel, voire de confusion, que leur surinvestissement est souvent jugé pathologique par leur interlocuteur. En elles résiderait tout le problème, dans leur zèle, leur « dévouement » ou leur fragilité personnelle (MOLINIER, 2000).

Et on aborde là, l'un des problèmes principaux. Qui compatit ? La « femme » ? ou la « professionnelle » ? La compassion n'étant pas comprise comme un travail, elle est naturalisée, confondue avec la féminité. Au gré des intérêts défensifs des décideurs, la compassion est idéalisée dans le registre de la sensibilité féminine (« les femmes sont formidables »), ou rationalisée péjorativement comme de la sensiblerie (les femmes ont « des états d'âme »). Ensuite, nous avons vu que c'est sur un mode où la compassion n'est jamais dissociée de l'humour et de l'autodérision, que les infirmières excellent à raconter leur vécu du travail, à travers ce qui est un art de vivre avec la souffrance. On comprend que ce mode de narration si particulier soit difficile à socialiser en dehors du collectif de soins : il est inaudible depuis la position de déni virile. Toutefois, le déficit de visibilité du travail compassionnel n'est pas dû uniquement au déni de réalité des décideurs. Pour être efficace, le travail compassionnel doit se rendre invisible en anticipant sur les besoins d'autrui, en termes de confort, d'écoute, de réassurance, de présence, etc. Et

(3) Je m'en tiens là aux professions de la santé où il est évident que cette stratégie est favorisée par le marché de l'emploi. Pour les mêmes raisons, l'activisme est ici en relation avec la souffrance éthique et non avec la peur de perdre son emploi, comme c'est fréquemment le cas ailleurs.

(4) Pour n'en donner qu'un exemple, une femme, cadre supérieur infirmier, a demandé sa mutation après des mois de conflit avec le médecin chef de service, celui-ci refusant de fermer des lits durant une période de travaux qui posaient des problèmes de sécurité pour les patients et même pour les personnels. Epuisée, surmenée, elle s'est retrouvée une nuit, au retour de l'hôpital, seule au volant de sa voiture, roulant tous phares éteints en sens inverse sur l'autoroute.

(5) Sauf dans certains services spécifiques (urgences, soins intensifs).

comment reconnaître du travail, là où on attend l'authenticité d'un geste de sympathie ? Les savoir-faire compassionnels sont des savoir-faire discrets (MOLINIER, 2000). Pour les infirmières elles-mêmes, une fois stabilisée, la compassion s'éprouve spontanément, comme une souffrance précisément, elle devient un rapport au monde, une posture, vécue comme naturelle.

## **R**etour sur la continuité sujet sexué-société

Les découvertes réalisées auprès des infirmières, d'un côté, et le statut du déni du réel dans les stratégies défensives viriles, de l'autre côté, confortent-elles la thèse de la continuité entre l'identité sexuelle et la division sexuelle du travail ? Selon ROIPHE et GALENSON (1981), des observations systématiques faites auprès d'enfants des deux sexes, entre quinze et vingt-quatre mois, suggèrent que le déni du réel serait une posture psychique enracinée très tôt dans le développement infantile du garçon, tandis que les filles seraient « préparées » à la reconnaissance du réel du corps et de sa vulnérabilité (6). C'est à un âge non moins précoce que les théoriciennes de l'éthique de la sollicitude (ethics of care) instituent la différence entre le « moi relationnel » des filles et le moi abstrait des garçons (CHODOROW 1978, GILLIGIAN 1982). Sans doute la transmission des identités et de « rôles de sexe » s'enracine-t-elle dans des interactions précoces, en amont du travail, avec toutefois, comme on le sait, d'importantes variations entre les individus. Mais, dans tous les cas de figure, il semble que ce qui s'esquisse dans l'enfance soit ensuite profondément remanié par la rencontre avec le réel du travail et que l'on ne puisse guère comprendre les vicissitudes de l'identité (socle de la santé mentale) à l'âge adulte sans référence à la matérialité du travail.

Ainsi, le déni de réalité n'est pas l'unique (et la meilleure) façon de se défendre contre la souffrance générée par les activités exercées par une majorité d'hommes. Ces activités n'ont pas forcément besoin d'être effectuées à la manière virile pour être réussies. Il semble, en effet, que la minorité de femmes

ne mobilise pas toujours exactement les mêmes ressources psychiques que les hommes, ainsi que Livia SCHELLER l'a montré à propos des conductrices de bus (SCHELLER, 1996).

De plus, même si, dans les activités « masculines », les femmes travaillent en partie différemment des hommes, ce n'est pas toujours en première intention. Mais plutôt parce que lorsque les femmes essaient d'employer les méthodes viriles, celles qui marchent pour les hommes, c'est souvent à leur détriment et sans succès. Ceci apparaît très nettement dans une étude de Joan CASSELL consacrée aux chirurgiennes (CASSELL, 2000). Celles-ci doivent faire face à des attentes spécifiques, pour la plupart implicites, de la part de leurs hiérarchiques, collègues et subordonné-e-s. En particulier, on attend des femmes au poste de commande qu'elles fassent preuve d'autant de fermeté que les hommes, mais aussi qu'elles soient plus à l'écoute des autres, plus « humaines » dira-t-on trivialement. Ceci, les chirurgiennes ne l'apprennent ni sur les bancs mixtes de la Faculté, ni en observant leurs maîtres, elles le découvrent en situation. C'est donc à leur corps défendant, sans l'avoir anticipé au préalable, qu'elles sont conduites à expérimenter des formes de relations professionnelles, d'autorité et de management (plus « compréhensif ») différentes de celles des hommes, ainsi que d'autres défenses (MOLINIER, 2003).

Enfin, les femmes exerçant des activités féminisées ne sont pas toujours en mesure de reconnaître le réel. C'est le cas quand elles se défendent de percevoir leur travail comme dégradant pour leur propre dignité, en particulier quand il consiste à nettoyer sans relâche (et sans merci) les déjections corporelles et les saletés des autres. Ainsi, on a pu identifier, dans certains collectifs d'aides-soignantes, des idéologies défensives de métier (7) désignées sous le terme de Kaporalisme (ou idéologie de l'ordre du mérite) qui consistent à opérer un tri entre :

- les (quelques) patients qui méritent la compassion et seront traités comme des personnes à part entière (ceux qui coopèrent activement et manifestent de la gratitude) ;

---

(6) Les filles auraient tendance à reconnaître la différence anatomique des sexes, tandis que les garçons auraient tendance à lui opposer un déni. Je laisse en dehors de la discussion que, selon ROIPHE et GALENSON, le déni s'accompagnerait, chez les garçons, de réactions agressives tandis que des réactions dépressives seraient associées à la reconnaissance par les filles de la différence des sexes. Selon d'autres auteurs, ces changements d'humeur ne seraient pas systématiques et devraient être interprétés en fonction de la relation mère-enfant et de la relation des parents à leur propre identité sexuelle (TYSON, TYSON chapitre 16, 1996).

(7) Les idéologies défensives de métier sont des stratégies collectives de défense radicalisées. Elles correspondent à des situations où les personnes ne peuvent plus faire de compromis satisfaisants avec l'organisation du travail, la lutte contre la souffrance dans le travail l'emportant alors sur le sens et même sur l'efficacité du travail.



- et le tout venant, ceux qui seront traités comme des sous-produits de l'espèce humaine, voire des choses, parce qu'ils ralentissent le travail et contribuent à sa pénibilité sans manifester de gratitude : typiquement les déments séniles, qui « n'auraient plus leur tête », les toxicomanes et les alcooliques qui « n'auraient que ce qu'ils méritent » ou les femmes au lendemain d'une tentative de suicide qui « feraient du cinéma » (MOLINIER, 1996).

Soulignons qu'une telle parade collective contre la perte d'estime de soi, dévastatrice pour les malades qui en sont la cible, ne colmate que très superficiellement le sentiment de se dégrader dans une tâche indigne. La maltraitance, ou a minima l'indifférence, qui résultent d'une prise en charge kaporaliste ne bénéficient pas de « l'ascenseur viril » pour se retourner en une « valeur » se capitalisant dans le registre identitaire. S'il s'agit de renouveler la réflexion morale en s'appuyant sur l'expérience concrète des femmes, ainsi que le prône l'éthique de la sollicitude, il est nécessaire de prendre en compte la base matérielle de cette expérience, c'est-à-dire la division sexuelle du travail, les rapports sociaux de classe et de sexe, ainsi que les connaissances sur les stratégies collectives de défense. Par défaut, les aides-soignantes qui se défendent du harcèlement et de l'humiliation par le kaporalisme risquent d'être doublement stigmatisées, jugées « mauvaises » en tant que professionnelles et en tant que femmes (l'indifférence à autrui et la violence sont antinomiques avec la définition de la « féminité relationnelle »).

### **La double centralité du travail et de la sexualité**

L'identité sexuelle s'esquisse durant l'enfance. Ce premier échafaudage est remis en question non seulement par les premières expériences amoureuses mais aussi, et de façon non moins décisive, par l'expérience du travail. C'est au moment de l'adolescence, période clé du développement, que se conflictualisent les deux problématiques, celle du *choix professionnel* (vectorisation inconscient -> sujet) et celle des *incidences de la situation de travail* sur la vie psychique et affective de l'adulte (vectorisation société -> sujet) (DEJOURS, 1996). Ceci conduit à postuler une « double centralité », de la sexualité et du travail, dans le fonctionnement

psychique et la construction de la santé. La discussion est ouverte dès 1988 dans un article consacré essentiellement, comme son titre l'indique, au « masculin entre société et sexualité ». (DEJOURS, 1988).

Il est bien rare, au moment de l'entrée dans le monde du travail, que le sujet soit suffisamment mature et assuré de son identité sexuelle pour prétendre se passer de la confirmation par les autres qu'il est aimable en tant qu'homme (ou en tant que femme) (8). C'est pourquoi dans la rencontre entre le sujet masculin et les contraintes délétères des situations de travail, le risque de capture de l'identité masculine par la virilité défensive est réel. L'homme virilisé étaye alors son fonctionnement mental sur le social, à partir de représentations stéréotypées et d'images toutes faites, aussi est-il peu accessible aux remaniements psychiques, fragilisé non seulement pour aborder la rencontre érotique avec une femme alter ego, mais aussi pour élaborer tout au long de la vie les situations de ruptures, en particulier les licenciements ou la retraite.

À l'autre pôle du rapport social de sexe, pour désigner la position féminine enclavée, voire aliénée dans la soumission, DEJOURS crée le néologisme de muliérité (ou muliébrité). Entre virilité et muliébrité, l'identité sexuelle des femmes qui accèdent à des métiers traditionnellement masculins se joue sur une corde raide. C'est le cas pour Mademoiselle MULVIR, une jeune fille suivie en psychothérapie par DEJOURS (DEJOURS, 1996). Cette dernière, refusant de répéter un destin maternel frustré (muliébrité), désire accéder à un travail intéressant et qualifié, celui de technicienne-électronicienne. Mais, dans son milieu social, il n'y a pas de femme susceptible de représenter un modèle d'émancipation professionnelle et sexuelle. Et dans son milieu de travail exclusivement masculin, elle doit consentir à se plier aux stratégies collectives de défense et aux bizutages construits par les hommes, au risque d'une virilisation. En découle « une crise de l'identité sexuelle avec des troubles dans l'usage du corps érotique et à une hésitation sur l'orientation sexuelle (homo ou hétérosexuelle) » (DEJOURS, 1996 page 25). DEJOURS montre que, dans une approche psychanalytique conventionnelle, la sienne avant la discussion avec KERGOAT et HIRATA,

(8) Je distingue ici l'identité sexuelle de l'identité nucléaire de genre qui est le sens de soi-même féminin ou masculin (STOLLER, 1968). L'identité nucléaire de genre se fixe dans le courant de la deuxième année et représente « une partie de l'identité si solide que presque qu'aucune des vicissitudes de la vie ne peut la détruire » (STOLLER, cité par TYSON et TYSON, page 333). L'identité sexuelle renvoie à la dimension du corps érotique (fantasmatisation du corps anatomique). L'identité sexuelle est instable, des apports et des modifications peuvent intervenir tout au long de la vie, qui la rendent plus assurée ou la mettent en crise.

« *la lutte tragique de la jeune fille contre la muli-ébrité serait interprétée comme une revendication phallique et un refus typique de la castration* ». Mademoiselle MULVIR n'est pas « un homme châtré », mais une jeune femme en quête d'accomplissement de soi. La prise en compte des rapports sociaux de production et de reproduction a donc des incidences lourdes en termes d'orientation thérapeutique. Par défaut, la thérapie peut renforcer la muli-ébrité, avant tout une défense qui consiste à « faire la femme » pour se faire accepter et aimer (voir aussi GRENIER-PEZÉ, 2000 et MOLINIER 2003).

« La “féminité” serait ce par quoi la subjectivité se décollerait du stéréotype social de femme-au-foyer-soumise-à-son-homme, comme la masculinité serait le témoin du chemin fait par un sujet pour ne pas se laisser réduire au machisme conventionnel (identité d'emprunt). » (DEJOURS, 1996, page 20). Les vicissitudes de ce « décollément » ne sont pas interprétables sans référence au travail. Ceci est acquis. Mais les guillemets qui encadrent la « féminité » suggèrent que l'on avance sur un terrain conceptuel incertain. La discussion avec les sociologues a joué un rôle important dans ce flou définitionnel. Cette position théorique prudente me semble être toujours de mise aujourd'hui, notamment en raison d'un véritable hiatus entre les définitions sociales (androcentrées) de la féminité et la manière dont celle-ci figure dans les discours féminins. On s'en est déjà expliqué longuement à propos de la naturalisation du travail compassionnel dans la féminité sociale. Ajoutons qu'en psychodynamique du travail, l'identité sexuelle a été problématisée par DEJOURS en termes de réciprocité entre les sexes (comme ce qui échappe à tout rapport social). Ainsi, la masculinité se construirait dans la rencontre érotique avec les femmes, renversement de la thèse romantique de Rousseau qui définissait la féminité comme le fruit de l'initiation sexuelle par l'homme (HABIB, 1998). Or, quand les femmes dissocient la « femme » de la « professionnelle », cette part d'elles-mêmes qu'elles désignent comme la « femme » est avant tout celle qui désire que son corps lui appartienne à elle. Libre de « s'occuper d'elle-même », comme les épouses des travailleurs postés dont nous parlerons plus loin, libre de refuser d'être touchée contre sa volonté, comme la jeune infirmière citée supra, libre de ne pas s'abrutir dans la réponse répétitive aux besoins des autres, comme en témoignent largement les auxiliaires puéricultrices et les assistantes maternelles (CHAPLAIN, CUSTOS-LUCIDI, 2001). Dans le discours des femmes, c'est l'inaliénabilité du corps qui apparaît comme le vecteur principal de l'identité sexuelle. Inaliénabilité à conquérir avant toute

forme de réciprocité sexuelle et qui implique la subversion des rapports sociaux de sexe.

Les couples virilité-masculinité, muli-érité-féminité ne sont donc pas symétriques et ne renvoient pas à une typologie des identités sexuées, mais forment un réseau notionnel topologique pour penser la complexité des destins identitaires, entre sexualité et travail, sans fixer ou essentialiser les contenus de la masculinité ou de la féminité.

### **La santé des hommes : une construction du travail conjugal ?**

Discours et pratiques de la plupart des femmes apparaissent fortement marqués, non par ce qui serait une adhésion pure et simple à leur statut de dominées, mais par la *lutte contre la muli-ébrité*. Ceci autorise à reprendre à nouveaux frais la question controversée du « consentement » des femmes à leur domination, du moins là où elles n'y sont pas contraintes par la violence.

« *Pourquoi [en dépit des mutations de l'activité féminine] le travail domestique est et continue à être réalisé au sein de la famille et du couple gratuitement et « volontairement » par les femmes ? Pourquoi même celles qui ont une « conscience de genre » « consentent » à reproduire ce rapport asymétrique ?* » demande Helena HIRATA (HIRATA, 2002, page 14). S'ouvre ici un nouveau programme de recherche interdisciplinaire, pour l'heure à peine esquissé, qui représente un défi théorique (DEJOURS, 2001) et méthodologique.

J'évoquerai brièvement une enquête récente menée auprès des femmes des travailleurs postés dans une industrie de process (MOLINIER et al., 2001). En permettant de confirmer que les rapports de production ne peuvent être analysés indépendamment des rapports de reproduction, et pour autant que les investigations sur la souffrance dans le travail ne peuvent être déliées des enjeux en termes de transformation des situations de travail, cette enquête pourrait inaugurer une nouvelle ère pour les dispositifs méthodologiques en psychodynamique du travail. En effet, la contribution des épouses des travailleurs postés ne se cantonne pas à l'exécution des corvées domestiques. S'y adjoint un travail psychologique dont la fonction est capitale dans la construction et la préservation de la santé de leurs époux. Gardiennes du sommeil de leurs époux, de la régularité des repères temporels de la famille, gardienne de leur couple, la coopération des femmes dans l'espace domestique est nécessaire à l'efficacité des travailleurs postés. Ceux-ci disent d'ailleurs qu'un homme célibataire ne

tiendrait pas longtemps en quart. Le mode de production domestique est si prenant que la plupart des épouses ont renoncé à un travail salarié ou souhaitent arrêter de travailler. La cessation, provisoire ou définitive, d'activité est le prix à payer pour leur propre santé et la stabilité du couple, estiment-elles.

Les femmes des travailleurs postés sont « compréhensives ». « Compréhensive, même si cela m'agace », dira l'une d'entre elles. On constate, chez les plus anciennes, une lassitude par rapport à la vie en quart et une irritation à peine retenue vis-à-vis d'un mari contraint de plus en plus à s'économiser et à récupérer durant les temps de repos. Un mari dont il faut se soucier de plus en plus. Selon les femmes, leurs époux, en particulier les jeunes ingénieurs, ne sont pas particulièrement « machos ». Ils n'imposent pas la cessation d'activité à leurs épouses. Ils se proposent même pour accomplir des tâches domestiques, comme celui-ci qui habille ses petites filles avant de les emmener à l'école. « Mais je préfère le faire moi-même », dira l'épouse, au motif qu'il n'assortirait pas les chaussettes et les élastiques des couettes avec les vêtements ! Pour cette femme très qualifiée, qui a provisoirement renoncé à travailler, comme pour les femmes non qualifiées, il apparaît que le travail domestique n'est supportable qu'à la condition d'être réalisé à la perfection. Le zèle domestique est un moyen de lutter contre « l'encroûtement », disent-elles, pour ne pas dire la dépression à bas bruit, l'avachissement devant la télé aux heures creuses de l'après-midi ou les rondes interminables dans les supermarchés. Pour les jeunes femmes d'ingénieurs, elles-mêmes très qualifiées, la cessation d'activité est transitoire (les jeunes ingénieurs ne restent que 5 ans en travail posté). Toutefois, pour les opérateurs de la base, il apparaît que leur santé repose en grande partie sur le choix d'une épouse sans ambitions de carrière personnelle. Or, on sait que dans la société actuelle, et dans toutes les classes sociales, peu de femmes se reconnaissent dans le modèle de la « fée du logis », y compris, comme on vient de le voir, parmi les plus « zélées ». Il demeure, pour l'heure, que les concepteurs des organisations du travail masculines n'ont pas intégré les évolutions des aspirations féminines.

\*

\* \*

Bien des questions soulevées dans cet article attestent que le champ ouvert par la discussion entre la psychodynamique du travail et la sociologie des rapports sociaux de sexe n'est pas homogène du point de vue théorique, qu'il est traversé par des tensions et des controverses entre les deux discipli-

nes et entre les chercheurs de chaque discipline. Au-delà de ces tensions, les connaissances construites tout au long de ces quinze années apportent des arguments substantiels à la thèse selon laquelle la santé n'est pas un don de la nature, mais une construction intersubjective. Il apparaît que dans cette construction, le travail de soin réalisé par des femmes, dans l'espace productif comme dans l'espace reproductif, joue un rôle prépondérant, à ce jour largement sous-estimé. Aussi ne faut-il pas sous-estimer, non plus, que ce travail de soin est fréquemment mis en échec par des organisations du travail qui le méconnaissent.

Forte des apports de la sociologie des rapports sociaux de sexe, l'analyse psychodynamique des situations du travail infirmier a permis de montrer que des modalités de la subjectivité, telles que la patience, la réceptivité, la sensibilité à la vulnérabilité d'autrui, classiquement considérées par la psychologie clinique comme appartenant à la constellation psychique de la féminité et du « moi relationnel » des femmes, sont, pour une large part, des différenciations contingentes et secondaires à l'expérience du travail. En faisant l'économie d'une théorie du travail, les thèses conventionnelles de la psychologie participent de l'occultation du travail des femmes, défigurent leur expérience et accentuent le déficit chronique de reconnaissance dont elles pâtissent. La psychodynamique du travail, et plus particulièrement mes propres travaux, s'inscrivent donc dans une perspective critique vis-à-vis du courant anglo-saxon de l'éthique de la sollicitude (*ethics of care*). La compassion n'est pas issue sans médiation de l'infantile féminin, elle n'est pas la vertu naturelle des femmes ou de certaines d'entre elles, mais la souffrance générée par le travail de soin. La démotivation ou l'épuisement professionnel (les deux versants du *burn out* syndrom) ne sont pas des fatalités. Au contraire. Quand son destin pathogène est conjuré par le collectif infirmier, la compassion, créatrice de sens, participe de l'accomplissement de soi. Quelles leçons en tirer pour la santé des équipes soignantes ? Celle-ci dépend principalement de la qualité des arbitrages sur les contradictions de l'organisation du travail. L'hôpital parviendra-t-il à inventer les compromis organisationnels suffisants pour sauvegarder son utilité sociale et sa valeur civilisatrice : au-delà de la guérison des corps à moindre coût, la création d'un monde commun dont la souffrance n'est pas évacuée ? Des réponses qui seront données, dépend notre santé.

L'enquête réalisée auprès des femmes de travailleurs postés représente une avancée supplémentaire dans la prise en compte du rapport santé-

travail sous l'angle combiné de la psychodynamique du travail et des rapports sociaux de sexe. Son principal résultat est sans doute qu'elle ait pu avoir lieu, et cela du fait de la volonté des travailleurs postés. Pour une fois, des hommes n'ont pas opposé de déni au « travail domestique de santé » réalisé par leurs épouses (9). Est-ce le signe que quelque chose est en train de se déplacer aussi de la position des hommes dans les rapports sociaux de sexe ? On voudrait conclure sur une note optimiste. Malheureusement, si la virilité semble là en passe de se fissurer, ce n'est pas forcément l'indice d'un progrès en matière de santé (la virilité est une défense). La même enquête a mis au jour un intense sentiment de vulnérabilité du côté des hommes,

avec des décompensations par des maladies graves ou par des suicides. Se délite progressivement dans cet univers de travail masculin ce qui faisait le socle de la santé et de l'identité masculine : autorité, prestige, savoir-faire, fierté du travail bien fait, solidarité des chefs avec leurs équipes. Et si les femmes étaient bientôt le dernier rempart ? la dernière ligne de défense dans la santé physique et mentale des hommes ? la santé de ceux qui vivent à proximité des installations ? Quoi qu'il en soit des évolutions dans ce cas précis, on voit que les questions soulevées par l'analyse du travail des femmes ne sont pas des questions « spécifiques », elles concernent le devenir de l'ensemble de la société.

## Bibliographie

CRESSON G. (2000), *Les parents d'enfants hospitalisés à domicile. Leur participation aux soins*, L'harmattan, Logiques sociales.

CHAPLAIN D.-L., CUSTOS-LUCIDI M.-F. (2001), *Les métiers de la petite enfance. Des professions en quête d'identité*, Syros.

CHODOROW N. (1978), *The Reproduction of Mothering*, Berkeley, University of California Press.

DEJOURS C. (1980), *Travail : usure mentale*, Bayard, 3<sup>ème</sup> éd. 2000.

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

DEJOURS C. (1988), « Adolescence : le masculin entre sexualité et société », *Adolescence* 6, pp. 89-116.

DEJOURS C. (1996), « Centralité du travail et théorie de la sexualité », *Adolescence* 14, 2, pp. 9-29.

DEJOURS C. (2000), « Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail », *les Cahiers du Genre* 29, pp. 101-126.

DEJOURS C. (2002), « Les rapports domestiques : entre amour et domination », *Travailler* 8.

CARPENTIER-ROY M.-Cl. (1991), *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, Éditions Liber.

CASELL J. (2000), « Différence par corps : les chirurgiennes », *Les cahiers du Genre* 29, pp.53-82.

GILLIGIAN C. (1982), *Une si grande différence*, Paris, Flammarion.

GRENIER-PEZÉ M. (2000), « Forclusion du féminin dans l'organisation du travail : un harcèlement de genre », *Cahiers du Genre* 29, pp. 37-52.

HABIB C. (1998), *Le consentement amoureux*, Hachette Littératures.

HIRATA H., KERGOAT D. (1988), « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail », In *Plaisir et souffrance dans le travail*, Édition de l'AOCIP, tome II, pp. 131-176.

HIRATA H. (2002), « Travail et affects. Les ressorts de la servitude domestique. Note de recherche », *Travailler* 8, pp. 13-26.

KERGOAT D. (1988), « Le syllogisme de la constitution du sujet sexué féminin. Le cas des ouvrières spécialisées », *Les rapports sociaux de sexe : problématiques, méthodologies, champs d'analyses*, Iresco, 3 t. republicé in *Travailler*, 2001, 6 pp. 105-114.

KERGOAT D. (2000), « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », *Dictionnaire critique du féminisme* (Éd. HIRATA H., LABORIE F., LE DOARÉ H., SENOTIER D.), PUF pp. 35-44.

(9) Pour le concept de « travail domestique de santé », cf. CRESSON, 2000.

KERGOAT D. (2001), « Le rapports social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion », *Actuel Marx* 30, pp. 85-100.

MOLINIER P. (1996), « Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle », *Revue Internationale de Psychosociologie* 5, pp. 53-62.

MOLINIER P., GUIJUZZA C. (1997), « Violence des patients, souffrance et défenses des infirmiers en psychiatrie : l'énigme d'une virilité sans gloire », *Actes du 1<sup>er</sup> colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail*, (Éd. MOLINIER P., WEBER H.), t. 2 pp. 365-378.

MOLINIER P. (2000), « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Les cahiers du Genre* 28, pp. 49-70.

MOLINIER P. (2001), « Souffrance et théorie de l'action », *Travailler* 7, pp. 131-146.

MOLINIER P. (2003), « Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : perspectives

théoriques et cliniques en psychodynamique du travail », *L'orientation scolaire et professionnelle*, à paraître janvier 2003.

ROIPHE H., GALENSON E. (1981), *Infantile Origins of Sexual Identity*. New York. International University Press, Inc. Trad. franç. (1987), *La naissance de l'identité sexuelle*, Paris, PUF.

SHELLER L. (1996), *Les bus ont-ils un sexe ? Les femmes machinistes : approche psychodynamique de la division sexuelle à la RATP*, Rapport de recherche, Département du Développement prospectives et recherches sociétales, RATP, n° 108.

STOLLER R. (1968), *Sexe and Gender*. Trad. française : *Recherches sur l'identité sexuelle*, 1978. Gallimard.

TYSON P., TYSON R.-L. (1996), *Les théories psychanalytiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*, PUF.