

Lhuilier, Dominique. « Introduction à l'œuvre de Claude Veil », *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*, sous la direction de Veil Claude. ERES, 2012, pp. 9-51.

## **Vulnérabilités au travail**

*Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*

**Claude Veil**

## **Vulnérabilités au travail**

### ***Naissance et actualité de la psychopathologie du travail***

#### **Introduction à l'œuvre de Claude Veil**

L'œuvre de Claude Veil, trop souvent méconnue, s'inscrit dans le vif de l'actualité sociale et constitue une ressource essentielle pour qui cherche à démêler les fils nouant les rapports entre individu et société, à comprendre et à agir sur les processus à l'origine de « la souffrance au travail », et les processus d'exclusion qui l'accompagnent.

Claude Veil fut un pionnier et un novateur : nombre de ses travaux ont anticipé les analyses et questionnements contemporains et ses thèses ont ouvert la voie à de nouvelles investigations et théorisations dans des champs aussi divers que ceux de la psychiatrie, de la psychopathologie et de la médecine du travail, du travail social, de la recherche et de la formation en sciences humaines. Aussi, son œuvre est-elle difficilement « classable », réductible à une discipline ou à un métier.

Psychiatre, il a tout au long de sa vie beaucoup contribué au développement des débats et des pratiques dans cette communauté professionnelle, interrogeant le rôle et l'action du psychiatre dans la société, les effets mortifères du ghetto asilaire, les dérives d'une psychiatrisation du social.

Médecin du travail, il s'est mobilisé sans relâche pour la défense de la santé des travailleurs, pour la création de consultations de psychopathologie du travail et le développement d'actions visant à prévenir le rejet des « travailleurs désadaptés » ou à favoriser leur réinsertion professionnelle.

Sa contribution à la fondation de la psychopathologie du travail, dès les années 1945, est remarquable et il sera un artisan essentiel des réflexions et expérimentations visant à promouvoir la santé mentale au travail.

Georges Daumézon, Henry Ey, François Tosquelles, Paul Sivadon, Louis Le Guillant, Lucien Bonnafé, figures privilégiées de la « révolution » de l'hôpital psychiatrique, ont ouvert la voie. Claude Veil, de 20 ans leur cadet, suit avec attention cette aventure collective et participe avec eux à l'élaboration de nouveaux principes thérapeutiques : des thérapeutiques actives (sociothérapie et ergothérapie) accordant une place centrale aux activités comme médiation entre le malade et les autres, entre le malade et son monde. L'action de ces fondateurs se porte encore au-delà des murs de l'hôpital, et ce à partir d'une double perspective : celle des potentialités restructurantes et resocialisantes du travail au cœur des projets et actions de réadaptation professionnelle des malades mentaux ; celle d'une psychiatrie sociale tournée vers les milieux de vie et de travail, cherchant à sensibiliser ces milieux aux signes de la « désadaptation » et à prévenir les processus psychopathologiques dans les écoles, les universités, l'armée, la prison, les entreprises...

L'histoire de l'émergence de la psychopathologie du travail, son contexte socio-historique, les personnages clefs de cette élaboration collective, les controverses et résistances qui ont jalonné son parcours, sont excellemment présentés dans l'ouvrage de référence écrit par Isabelle Billiard (2001) et je ne reviendrai pas ici sur les conditions qui ont permis l'avènement de cette nouvelle discipline. Peut être convient-il seulement de souligner que, contrairement aux représentations communes, la psychopathologie du travail s'est, dès ses

origines, attachée à deux questions : le travail peut-il être à l'origine de maladies mentales ? A quelles conditions le travail peut-il être thérapeutique ?

Elle n'est donc pas réductible, hier comme aujourd'hui, à l'étude et au soin de troubles psychiques liés au travail ou à la « souffrance au travail »; elle interroge aussi les fonctions du travail comme opérateur de santé, au service de la construction et du développement de la santé. Qu'il s'agisse de la santé des malades mentaux ou des travailleurs dans leur ensemble.

Cette histoire de la psychopathologie du travail est souvent présentée comme structurée autour de deux courants : celui qui, avec Paul Sivadon (Amiel, Sivadon, 1969), constitue une clinique des troubles individuels du sujet face à sa tâche, privilégiant les caractéristiques individuelles (en termes notamment de « capacité d'adaptation » et d' « équilibration de la personnalité ») aux caractéristiques des milieux de travail ; et celui qui, avec Louis Le Guillant (2006), s'oriente vers une clinique du travail pathogène, insistant sur le poids des conditions concrètes d'existence et sur les incidences psychopathologiques des conditions de travail. En toile de fond de ces controverses, se reproduit le débat classique et récurrent entre les tenants de la psychogénèse et ceux de la sociogénèse des troubles psychiques.

Claude Veil, bien qu'il ait travaillé longtemps au côté de Sivadon, ne peut être assimilé à cette première orientation. Il s'en est continuellement différencié et, comme le souligne Isabelle Billiard (2001), il ouvre et construit une troisième voie : celle d'une psychopathologie du travail arrimée à la fois à l'histoire du sujet et ses moments de basculement dans la maladie comme « franchissement d'un seuil de désadaptation, au-delà d'une marge de tolérance » ; et aux normes de travail car « aucun individu ne peut être dit adapté ou désadapté qu'en fonction et par rapport à des conditions de milieu déterminées » (Veil, 1957). Aussi, la visée est bien ici celle d'une inversion du regard et de la pratique thérapeutique. Il ne s'agit pas d'adapter l'homme au travail en élevant son seuil de tolérance aux épreuves qu'il y rencontre mais d'inscrire cette pratique thérapeutique dans la psychiatrie sociale, telle que développée par Claude Veil tout au long de sa vie : une psychiatrie sociale au service de la transformation des normes car, « loin de débarrasser la société des individus qui s'écartent de la norme, le psychiatre révèle l'imperfection de cette norme » (Veil, 1959).

### *Claude Veil, passeur et médiateur*

L'œuvre de Claude Veil est indissociable de la pratique clinique qui a été la sienne tout au long de sa vie et dans les différents « mondes » dans lesquels il s'est engagé. Cette clinique, comme son regard critique et humaniste, alimente une mise en question de l'expertise des « experts », des prêts à penser, des cloisonnements disciplinaires et professionnels. Il le souligne lui-même : « Je suis parti du terrain, pas de positions théoriques. Et, une élaboration théorique, en admettant qu'elle ait eu lieu, n'avait de sens pour moi que si elle s'appuyait constamment sur cette expérience et ce pas à pas. Le pas à pas du renvoi constant du travail de terrain et de la réflexion. » (Veil, 1992-2001).

Claude Veil a beaucoup écrit et publié : plus de 400 articles et neuf ouvrages, seul ou en collaboration. Et ces textes fourmillent le plus souvent de « cas », d' « observations », de références à ses propres expériences d'interventions à l'hôpital, dans les consultations de « reclassement professionnel », à l'école, en prison, dans les entreprises... Ses analyses se construisent à partir des différents engagements qui ont été les siens et des questions posées par les situations individuelles et collectives rencontrées.

Aussi, sa biographie éclaire sa conception et sa pratique clinique ; elle permet de comprendre l'originalité et la portée de son œuvre.

Claude Veil est né à Paris en 1920. A l'adolescence, il rencontre le psychanalyste Daniel Lagache et décide de devenir psychiatre. Mais en 1941, il est exclu de la faculté de médecine par les lois anti-juives de Vichy. Il devient alors agriculteur dans le Var, pour assurer sa survie

et celle de sa famille. En 1943, il s'engage dans la Résistance, et en juin 1944, il est arrêté par la Gestapo et fait prisonnier à la prison des Baumettes à Marseille. Le train qui le conduit au camp de Drancy est attaqué par les maquis de l'Ardèche et il est libéré. Il devient alors médecin auxiliaire dans l'armée des Alpes.

Démobilisé à l'automne 1945, il reprend ses études de médecine interrompues et devient en 1947 l'assistant de P. Sivadon à l'hôpital psychiatrique de Ville Evrard. A propos de Sivadon, il écrit : « Un patron qui n'était pas comme les autres, quelqu'un qui s'intéressait à un tas de choses, qui pensait que les malades se soignaient mieux, étaient plus heureux en dehors des milieux hospitaliers, que la Sécurité Sociale n'était pas faite pour les chiens, qu'il fallait discuter avec elle et voir ce qu'elle pouvait faire... Chez Sivadon, on vivait dans l'enthousiasme ; il y avait une espèce de démocratisation des rapports entre soignants et malades, avec un rapprochement très étroit entre les médecins et les infirmiers, avec l'introduction de nouveaux personnages. Un psychologue dans le service, un événement tout à fait considérable ! » (Veil, 1992-2001).

Son intérêt pour le travail, pour les problèmes de travail et son désir de faire de la recherche le conduisent, en 1949, aux Houillères du Nord : il devient ingénieur en organisation, descend dans la mine et étudie sur le terrain « la fatigue industrielle et l'organisation du travail », sujet de sa thèse de médecine soutenue en 1952. Il y préconise « la mise en œuvre d'une coopération scientifique pluridisciplinaire qui se trouve être exactement celle d'une discipline née depuis lors, l'ergonomie » (Veil, 1971). Par la suite, il acquiert la formation de médecin du travail et exerce cette fonction dans différents services autonomes et interentreprises (Œuvre sociale du Bâtiment, APAS, EDF...)

Claude Veil, à de nombreuses reprises, a souligné le défaut d'expérience concrète des milieux de travail ordinaires des psychiatres qui ont fondé la psychopathologie du travail. Il s'est, pour sa part, toujours impliqué sur « le terrain », attaché à l'observation des situations et des activités de travail. Ici, il s'inspire de l'exemple de Suzanne Pacaud et de sa « Recherche sur le travail des téléphonistes. Etude psychologique d'un métier » (1949) ou de son exploration du travail des mécaniciens de locomotives. Le dépassement de l'approche expérimentale exige une sortie du laboratoire de recherche pour saisir le travail comme « activité globale consistant à vaincre une série de difficultés ». De même, le dépassement du colloque singulier du thérapeute et de son patient apparaît comme une nécessité pour éviter l'écueil de la méconnaissance du contexte de travail au profit d'une focalisation sur l'histoire et la structure de personnalité du sujet. « Sur le terrain » donc, « à l'exemple de Madame Pacaud qui est devenue directeur scientifique au CNRS mais qui a commencé sa carrière en étudiant le travail des mécaniciens de locomotives. Madame Pacaud, jeune fille élégante, montait dans les cabines des locomotives. C'est comme cela qu'elle étudiait le travail. Je me souviens d'un article de journal : « Madame Pacaud, la femme qui fait trembler 20 000 cheminots ». Elle dirigeait le laboratoire de psychologie de la SNCF. » (Veil, 1992-2001).

Dans les années cinquante, il poursuit ses activités sur trois fronts.

Tout d'abord le reclassement professionnel des travailleurs « désadaptés », à l'Elan retrouvé, institution créée en 1948 par Sivadon pour l'accueil des malades mentaux, et au sein de la Ligue d'hygiène mentale dont il devient le secrétaire général. A l'époque, il est le seul praticien assurant l'expertise psychiatrique dans les services de reclassement professionnel de la Sécurité Sociale, de l'Inspection du travail et de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. C'est là qu'il a « commencé à apprendre le travail auprès des personnes handicapées, qu'on n'appelait pas comme cela alors. Petit à petit, j'ai acquis une certaine expérience. Et j'ai commencé à devenir un peu encombrant parce que j'étais, je crois, une des rares personnes à occuper des fonctions dans des organismes différents, qui, à des titres différents, s'occupaient d'une même population : des infirmes, des accidentés, des malades, des gens qui étaient chômeurs ou sortants de prison... Ca m'a donné à réfléchir. » (Veil, 1992-2001). La diversité

des situations rencontrées, comme la fréquence de la combinaison de difficultés somatiques, psychiques et sociales, le conduit à militer pour des consultations de psychiatres dans tout service de reclassement. Et ce afin de ne pas se contenter de l'évaluation des altérations fonctionnelles mais d'examiner les capacités dynamiques du dit « désadapté », de privilégier l'exploration des capacités et des compensations plutôt que celle des inaptitudes. Son expérience de praticien hospitalier en butte aux obstacles de la réinsertion professionnelle des malades mentaux lui permet de comparer les attitudes sociales à l'égard des différents types de « désadaptés », de mettre en cause le cloisonnement instauré par les catégorisations sociales « des personnes qui, à des titres divers, se trouvaient marginales par rapport au marché du travail ou par rapport à la législation sociale » (Veil, *ibid.*) et de promouvoir les collaborations interinstitutionnelles et interprofessionnelles.

Au sein du centre de postcure de l'Elan retrouvé, Claude Veil poursuit son projet de développement d'une psychiatrie du travail au service de la santé des travailleurs. Il contribue, avec d'autres psychiatres, à la création et au fonctionnement d'une consultation de psychopathologie du travail qui reçoit des salariés présentant des troubles psychopathologiques ou psychosomatiques, liés à l'exercice de leur travail. Ils y sont le plus souvent adressés par les services médicaux et sociaux du travail. Cette consultation a un double objectif : traitement thérapeutique et prévention. Il s'agit d'aider les personnes en difficulté avant même que la rupture avec le milieu professionnel soit consommée. Ce qui suppose des collaborations étroites avec de nombreux partenaires : médecins du travail, assistantes sociales, psychiatres hospitaliers ou en centres de postcure... La double formation et expérience de Claude Veil, en médecine du travail et en psychiatrie, comme celle de ses collègues qui assurent avec lui cette consultation, favorise la coopération au sein d'un large réseau de professionnels. Bientôt, le développement de l'audience de la perspective psychiatrique dans l'abord des effets du travail, comme les demandes de médecins du travail, confrontés à de nouveaux types de troubles auxquels leur formation ne les a pas préparés, conduisent à ajouter à la liste des activités de l'Elan des « sessions de psychopathologie du travail ». Elles proposent aux médecins du travail et aux services sociaux du travail de se former à une approche globale et dynamique du sujet, de les familiariser aux processus de « désadaptation au travail », de leur apprendre à en identifier les signes...et de renforcer et promouvoir les relations de coopération avec les psychiatres engagés dans la psychopathologie du travail naissante. En 1963, il crée le Centre de documentation, d'enseignement et de recherche de l'Elan.

Claude Veil participe encore aux travaux de la Société de psychosomatique et il contribue, avec Léon Chertok et Odile Bourguignon, tous deux psychanalystes, à la création de « groupes Balint » à l'attention encore des médecins du travail.

Il s'engage aussi activement dans la Ligue d'hygiène mentale, créée initialement par Edouard Toulouse, psychiatre, et relancée en 1950 par Sivadon qui y assure alors les fonctions de secrétaire général. La Ligue est ouverte à tous les professionnels concernés par « les problèmes de l'adaptation sociale » : médecins, psychologues, sociologues, enseignants, éducateurs, magistrats, policiers, assistantes sociales, infirmiers, cadres de l'industrie, inspecteurs du travail, délégués syndicaux... Ouvrant à « la prophylaxie des troubles mentaux », à l'amélioration des traitements et à favoriser l'« hygiène mentale », la Ligue adopte les définitions de l'époque de l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé a été définie par le Comité (de l'OMS) comme un état, susceptible de varier sous l'influence de facteurs biologiques et sociaux, qui rend l'individu apte à réaliser une synthèse satisfaisante de ses propres tendances instinctives qui peuvent être divergentes ; à établir et entretenir des relations harmonieuses avec ses semblables ; et à participer aux effets constructifs visant à modifier les conditions de son milieu physique et social ».

A partir de 1954, date du cinquième congrès international de la santé mentale tenu à Toronto, et auquel participe activement Sivadon, une commission de travail permanente est instituée sous la responsabilité de Claude Veil: elle est intitulée « l'hygiène mentale du travail ». Les travaux de cette commission, pluridisciplinaire et pluri professionnelle, s'alimentent d'activités cliniques, d'études, de conseil, de formation et d'échanges avec les sciences sociales. Chaque année, lors des Journées de la santé mentale, elle présente ses travaux pilotés par Claude Veil : « la reprise du travail » en 1956, « les rythmes de travail » en 1957, « le travail à mi-temps » en 1958, « la sécurité du travail » en 1959, « la rémunération » en 1960, « l'absentéisme » en 1961, « la promotion » en 1962. Ces textes sont rassemblés et publiés par Claude Veil dans un ouvrage, qui reprend le titre de la commission, en 1964.

Toujours dans le cadre de ses activités au sein de la Ligue, il participe à la création du BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire), travaille pour l'OMS, l'OIT, la Fédération mondiale pour la santé mentale. En 1962, alors que Sivadon devient président de la Ligue, il le remplace dans ses fonctions de secrétaire général, et ce jusqu'en 1966.

En 1963, C. Veil intègre l'EPHE (Ecole Pratique des Hautes Etudes) qui deviendra plus tard l'EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales). Nommé professeur, il y assure aussi la responsabilité du Laboratoire de psychopathologie sociale.

En 1996, Claude Veil revient sur l'émergence de la psychiatrie du travail et la progressive audience qu'elle a rencontrée à partir de la fin de la seconde guerre mondiale. Dans cet entretien, il souligne le décalage entre l'importance des pratiques cliniques alors développées en réponse à la demande d'aide de travailleurs en difficulté, et les insuffisances au plan de la théorisation.

Ces pionniers ont bien perçu « en s'efforçant d'ouvrir les chemins de la liberté aux malades dont ils avaient la charge, que pour certains de ces malades, l'itinéraire englobait les lieux de travail. Dans un second temps, le savoir ainsi acquis allait les conduire à une meilleure compréhension des difficultés vécues par un grand nombre de travailleurs et un grand nombre de patients. » Mais deux obstacles subsistaient : le défaut d'expérience concrète qu'avait ces psychiatres des milieux de travail et les impasses constituées par les cloisonnements disciplinaires et professionnels.

« L'appétit de recherche » de Claude Veil (qu'il évoque lui-même à plusieurs reprises dans le séminaire « Ego histoire » de 1992, publié par la revue Handicap en 2001), est manifeste tout au long de sa vie à travers la diversité, l'ampleur, la fécondité des travaux qu'il a produit mais aussi à travers son investissement dans sa propre formation, et dans l'enseignement de la recherche. Alors qu'il a déjà acquis une formation de médecin du travail et de psychiatre, il poursuit des études de psychologie et soutient son doctorat ès lettres et sciences humaines à l'université de Paris 7 en 1971.

L'importance accordée à la formation, à la transmission est essentielle. On l'a vu à travers tous les engagements qui ont été les siens au sein de l'Elan, de la Ligue, et on doit souligner encore les nombreuses conférences, séminaires, sessions de formation, organisés pour différents professionnels et étudiants, ou encore pour ses pairs dans les congrès, colloques, ou comités scientifiques en psychiatrie.

Ses activités au sein de l'EHESS sont aussi essentiellement tournées vers la recherche et l'enseignement de la méthodologie de la recherche. Il y animera pendant de nombreuses années un séminaire, réunissant des chercheurs de diverses disciplines, ses étudiants et des praticiens. Il y cherchera toujours à créer les conditions d'une pensée vivante et rigoureuse, ancrée sur la clinique et la pluridisciplinarité. Il y invitera et travaillera avec des chercheurs aussi variés que Roger Bastide, Franco Basaglia, David Cooper, Léon Chertok, Christophe Dejours, Octave et Maud Mannoni, Daniel Zimmerman, Alain Giami, Dominique Lhuillier...Ce séminaire, « lieu de confrontations non dogmatiques comme il en est

peu »(Molinier, 2000), fut pour nous tous un bel exemple de ce que peuvent être d'authentiques controverses scientifiques, à la fois chaleureuses et exigeantes, portées par le désir d'un véritable travail collectif autour de questions communes et d'expériences partagées.

En 1968 paraît son livre *Handicap et société*. Fernand Braudel, qui l'avait sollicité pour rejoindre les Hautes Etudes, lui suggère de rédiger un essai pour sa collection « La nouvelle bibliothèque scientifique », et Cl.Veil accepte car, selon lui, « il y avait une inversion du regard à faire sur le handicap ».

Depuis des années déjà, il avait accumulé des notes détaillées prises sur les milliers de personnes rencontrées, notamment dans cette activité de psychiatre-consultant dans des services de reclassement.

« De ce gros dossier, j'ai tiré une bonne centaine d'observations de gens qui me paraissaient typiques d'une catégorie et j'ai essayé de construire cet essai en insistant sur quelques points. Ce qui est important, c'est le statut des personnes handicapées, ce n'est pas le handicap. Il y a une essence du handicap mais qui est en dehors des personnes. Et entre les différentes catégories sociales, médicales de handicapés, il y a des différences mais ces différences, qui existent, sont peu de choses à côté de ce que tous les handicapés ont en commun » (Veil, 1992-2001).

L'affirmation est claire : « l'essence du handicap est en dehors des personnes ». Une autre, tout aussi nette, réaffirme cette exigence d'« une inversion du regard » : « il n'est pas inconcevable que le processus de réadaptation lui-même, tel qu'il est imposé aux handicapés par les professionnels, puisse contribuer à aggraver un handicap existant ».

Dans le prolongement de ses recherches sur la réinsertion des malades mentaux, des sortants de prison, des accidentés du travail, des chômeurs dits aujourd'hui « de longue durée »... et loin d'une orthopédie réadaptative centrée sur une clinique du sujet en apesanteur, solipsiste, Claude Veil explore les voies et processus de la déliaison, de l'exclusion, de la stigmatisation dans les ensembles sociaux organisés, dans les institutions qui fabriquent ou qui ont la charge des « rebuts ». Dans les années 70, il étudie notamment les mécanismes de l'échec scolaire : il dénonce le piège des filières spécialisées pour la « réadaptation » des enfants en difficultés qui entretiennent et renforcent les phénomènes de ségrégation. A ce sujet, il publiera, en 1977 un livre, *L'école folle ou le cercle vicieux de l'inadaptation scolaire*. Là encore, sa perspective est clairement psychosociale : il n'y a d'« inadaptation » que relative et fabriquée par un contexte, des dynamiques collectives et organisationnelles. Ecoutons-le :

« La tendance actuelle d'un système d'enseignement est de se figer, de se scléroser et de rejeter ceux qui n'y rentrent pas. Ce qu'il faut donc, c'est une vigilance constante à l'égard du rejet, une vigilance constante à l'égard de la sclérose. Il faut toujours veiller, quand une structure commence à être mise en action, à ce que parallèlement la contestation de cette structure et sa remise en cause puissent être effectuées à tout moment.

Il n'est pas très raisonnable de construire un dispositif non susceptible d'être remis en question. On peut dire certes que ce propos est défensif, car prévoir la mise en question dès la mise en action évite la destruction ! On peut dire que c'est une tactique contre-révolutionnaire que celle qui consiste à prendre les devants, mais je ne vois pas pourquoi, à partir du moment où on a pris conscience que tout dispositif risquait de se scléroser, on construirait délibérément un dispositif voué à la sclérose. C'est bien ainsi qu'il faut comprendre la prévention primaire. Elle ne se définit pas en termes de recettes ; je ne sais pas comment doit être l'école, mais je sais que l'école, pour ne pas nourrir l'inadaptation scolaire, doit être capable de s'éclairer elle-même et d'accepter les enseignements que lui donnent les inadaptés scolaires. Ce n'est peut être pas facile de les intégrer au fur et à mesure, ce n'est peut être pas facile même de les observer. Mais si on ne le fait pas, on arrive à ce système de l'école folle

que nous connaissons ou, au mieux, à des textes qui proposent d'endiguer le phénomène et d'en réduire l'ampleur sans interroger sa source » (Veil, 1977).

Marqué par ses origines et son expérience du comportement à l'égard des juifs pendant la dernière guerre, et fort de l'ampleur de son expérience professionnelle, Claude Veil a consacré une part essentielle de son œuvre aux « handicapés » et aux professionnels en charge de leur traitement.

Après avoir exercé durant de nombreuses années des activités cliniques et hospitalières, jusqu'en 1972-1974 au cours desquelles il est médecin-chef à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, il renforce son action du côté du travail social, devient directeur de l'Institut Georges Heuyer, école d'éducateurs spécialisés du CREA (Centre Régional d'Ile de France pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées), collabore à l'Institut Supérieur du Travail Social, crée le GEPAD, Groupe d'Etudes des Phénomènes dits d'Adaptation et de Déviance sociales), à l'EHESS, conduit nombre de recherches sur l'éducation spécialisée, le VIH et le sida, la prison ...

Claude Veil n'a pourtant jamais abandonné son intérêt et ses engagements pour la question du travail et ses liens avec la santé. Et il souligne qu'il y a bien « deux mondes » qu'il convient de ne pas séparer si l'on ne veut pas contribuer à alimenter les occultations et les ségrégations. Dans ces deux mondes, le clinicien du travail a matière à recherche et à action : « un monde de l'activité socialement reconnue - le travail - et un monde de l'inactivité socialement reconnue - la maladie. Les organisations appartenant à ces deux mondes cohabitent, mais communiquent peu entre elles. Pour toutes sortes de raisons, on ne connaît pas tellement bien les modalités de passage de l'une à l'autre ou de l'autre à l'une. On sait encore moins ordonnancer le concours des déterminants, ni pourquoi tel seuil est franchi à tel moment. Pourrait-on envisager d'en développer la formalisation ? (Veil, 1996). Question et appel programmatique, auxquels pour sa part il s'est continûment attelé.

L'attention portée au monde de la maladie, de l'« inactivité socialement reconnue », ne l'a jamais conduit à abandonner la psychopathologie du travail mais au contraire à rester fidèle à ses origines : la reconnaissance du travail comme activité humaine fondamentale.

Ses nombreuses publications en témoignent : jusqu'à la fin de sa vie, il maintiendra l'ensemble de ses investissements ancrés sur la résistance aux catégorisations et segmentations du « normal » et du « pathologique », et de leurs mondes respectifs, sur les « normes de travail et leur imperfection », sur le sens de la souffrance et de la maladie, sur « la clinique de l'échec professionnel ». Il s'intéresse d'ailleurs moins aux maladies et à leurs nosographies qu'à leurs frontières et aux passages d'un état à un autre. Et, comme l'écrit Isabelle Billiard (2000), « face à tout ce qui s'opposait encore à la compréhension de la mobilisation subjective engagée dans le travail et de ce qui en contrarie le mouvement, Cl.Veil n'a cessé d'opérer un aller et retour entre deux registres : celui des « seuils de tolérance » personnels aux normes imposées et celui du caractère néfaste de ces normes, c'est-à-dire entre la clinique individuelle et l'analyse pluridisciplinaire ». S'il porte une attention essentielle aux activités, y compris celles du chercheur, nous y reviendrons, il est aussi profondément préoccupé par la question de l'institution, à l'instar de Tosquelles et de la psychothérapie institutionnelle. Les thèses du mouvement critique de l'anti-psychiatrie à propos du traitement de la folie ont été prolongées et développées dans les travaux de Cl.Veil sur la fabrique des « handicapés » et des exclus de toutes sortes. Enfin, son action a emprunté aussi massivement la voie institutionnelle : il s'est toujours efforcé, auprès d'un nombre considérable d'organismes publics, privés, associatifs, de promouvoir la santé mentale et la psychopathologie du travail, y compris des « sans travail ».

Les derniers travaux de Claude Veil l'ont reconduit à la prison (Veil, Lhuillier, 2000): lors de sa dernière recherche sur le travail et la santé en milieu carcéral, il regardait d'un œil amusé



les surveillants de prison qui s'inquiétaient de son obstination à grimper en haut des miradors, à arpenter les coursives de la détention, à s'installer au parloir pour y observer l'accueil des familles, à discuter avec les détenus-travailleurs dans les ateliers, à prolonger ses horaires de travail jusqu'à l'arrivée de l'équipe de surveillance du quart de nuit pour poursuivre avec eux l'analyse de leurs activités dans ce temps particulier où pèsent la pénombre et les angoisses associées. Toujours alerte et curieux, sensible à ce que sa présence et ses questions provoquaient dans chacune de ces situations, attentif aussi à chacun des membres de l'équipe de recherche, il « cherchait » et, ce faisant, sollicitait cette même activité chez chacun.

Un jour, il s'absenta. Suspens pendant la conversation engagée, il scrutait les façades des bâtiments de la détention à la recherche d'indices lui permettant de repérer dans quelle cellule il avait été incarcéré lors de son arrestation par la gestapo.

Claude Veil parlait peu de lui, de son histoire, des contributions qui ont été les siennes à toute l'histoire de la psychiatrie sociale, de la psychopathologie du travail, mais aussi de la psychologie clinique individuelle et sociale. Il a été membre du Laboratoire de psychologie clinique individuelle et sociale de l'université de Paris 7 pendant de nombreuses années et y a travaillé avec Juliette Favez-Boutonnier, Claude Revault d'Allonnes, Jacqueline Barus-Michel, Max Pagés, Alain Giami, Michèle Huguet... Il était membre du comité de rédaction de la revue « Psychologie clinique » de ce laboratoire, a contribué aux nombreux colloques organisés par ce même laboratoire, notamment celui qui a eu pour objet le travail et le contre-transfert du chercheur, sous l'intitulé « Recherche clinique, clinique de la recherche » (1986). Il a préfacé l'ouvrage de Nicole Aubert et Max Pages sur le stress professionnel, paru en 1989.

Toujours fort discret, voire secret, pour ce qui concernait ses propres productions, il œuvrait sans relâche à la transmission des travaux des uns et des autres, à la circulation de l'information sur les publications et recherches en cours, à la création d'espaces de rencontres, d'échanges, de travail entre chercheurs, étudiants et professionnels.

Il a laissé de nombreux élèves mais pas d'école. Claude Veil était rétif aux écoles et à leur enfermement. Il a laissé une pensée originale et féconde, riche des nombreux déplacements opérés entre les disciplines, entre les métiers, entre les mondes du travail et du « hors travail ». D'une certaine façon, on peut dire qu'il était un « passeur » et son œuvre constitue un héritage précieux pour une pensée vivante.

### **« Faire progresser la méthodologie »**

Claude Veil a toujours signalé les limites de la segmentation disciplinaire et professionnelle : la réalité clinique y est rétive, doublement, tant du point de vue de l'activité de production de connaissances que du point de vue de l'action de transformation des situations sociales.

Lui-même, nous l'avons souligné, est un psychiatre et un médecin du travail qui a su à la fois contribuer au développement de ces disciplines et métiers, tout en s'ouvrant à d'autres disciplines et métiers. Militant pour un renversement de la pratique médicale, pour une inscription du « colloque singulier » dans un travail de coopération en équipe, dans un réseau de partenariats professionnels et avec le recours aux savoirs des sciences humaines et sociales, Claude Veil bâtit ce qui sera l'unité profonde de sa démarche.

Lors de la soutenance de son doctorat de psychologie en 1971, il souligne : « quelle que soit la diversité des sujets traités, une préoccupation profonde les unit : le souci de faire progresser la méthodologie. Tant les développements proprement théoriques que les exposés d'observations (systématiques ou non) sont, en règle assez générale, articulés avec la critique d'errements coutumiers et la mise en œuvre (au moins à titre de vérification) de meilleures façons de penser, dire et faire ». Il s'appuie alors, pour illustrer son propos, sur une de ses

premières recherches, celle concernant « la fatigue industrielle et l'organisation du travail », objet de sa thèse de médecine en 1950.

« Dans cette publication, on trouve souvent explicitement, le germe de bon nombre de développements ultérieurs. L'auteur y préconise, par exemple, la mise en œuvre d'une coopération scientifique interdisciplinaire qui se trouve être exactement celle d'une discipline née depuis lors, l'ergonomie. La filiation entre cette recherche et d'autres travaux de l'auteur dans des domaines bien différents apparaît nettement à travers le propos délibéré des constituer des équipes de recherche très unies en rassemblant des chercheurs maîtrisant des champs de connaissances et ressortissant à des corps professionnels très différents (...) Peut être faut-il préciser que cette démarche, lorsqu'elle est sincèrement menée, devient une véritable aventure intellectuelle. Pour toutes sortes de raisons, elle est doublement traumatisante pour les participants, d'abord parce qu'ils ont à sortir d'eux-mêmes, ensuite parce que, du jour où ils y ont réussi, ils se retrouvent désormais unis mais seuls ensemble devant autrui. Ce qu'ils ont compris, ils ne peuvent aisément le traduire en termes conformes aux canons de leur discipline d'origine. Tandis que le spécialiste qui creuse son sillon rectiligne atteint une profondeur et une virtuosité qui ne lui permet guère de prêter attention à une pensée différente. C'est pourquoi les fruits de l'orientation interdisciplinaire peuvent être perçus comme le vain exercice d'un éclectisme superficiel. Mais il suffit d'attendre cinq ou dix ans, ou vingt ans, pour que les esprits s'habituent, et n'y voient plus qu'anonyme banalité » (Veil, 1971-2001).

La coopération scientifique interdisciplinaire n'est, pas plus aujourd'hui qu'hier, « une anonyme banalité », même si les discours dans cette voie se font plus prolixes. Les règles d'évaluation du travail scientifique, comme celles qui régissent les nominations, promotions des chercheurs, mais aussi le « narcissisme des petites différences », favorisent plus la segmentation, la méconnaissance réciproque, quand ce n'est pas la disqualification. Ce qui, on en conviendra aisément, s'oppose aux controverses authentiquement scientifiques.

Claude Veil, à l'inverse, se tourne volontiers vers les sciences sociales, la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie.

Le dialogue avec Georges Friedman et la lecture de ses ouvrages sont féconds. D'autant que Claude Veil partage avec ce courant de la jeune sociologie du travail nombre de préoccupations et références théoriques.

On peut parler d'un intérêt commun pour le « terrain » que Friedman retient, pour sa part, des méthodes et techniques de la sociologie empirique américaine. Mais aussi de leurs références essentielles à la philosophie, notamment la phénoménologie, et encore à la psychanalyse à la quelle Friedman s'est familiarisé. On trouve dans la thèse de Friedman de 1946, des principes qui sont aussi ceux de Cl. Veil : dans ce volumineux travail, qu'il s'agisse de la fatigue ouvrière, du travail parcellaire et monotone, des « habiletés ouvrières » ou des accidents du travail, les connaissances des différentes disciplines y sont affirmées comme nécessaires « pour découvrir des réalités humaines qu'aucune d'elles, isolée, ne permettrait d'approcher ou de saisir ». Car, ajoute Friedman, au-delà de la diversité de leurs modes d'investigation, « elles sont une, comme leur objet : l'homme » (1946). Ce sociologue construit un schéma d'analyse du travail autour de ses trois dimensions : technique, psychologique et sociologique qu'il reprendra dans son livre « Où va le travail humain ? » (1950) ; il y traite de questions qui intéressent vivement les psychopathologues du travail : les effets du travail parcellaire et répétitif sur la santé, les incidences de « la marche à l'inconscient, favorisé par l'automatisation partielle des tâches, sur la personnalité et la pensée critique des travailleurs ». Dans son ouvrage « Le travail en miettes » (1956), Friedman poursuit son exploration des dégâts de la spécialisation et la parcellisation des tâches sur l'homme, devenu « étranger » à son travail mais aussi à lui-même. Enfin, dans « Sept études sur l'homme et la technique »

(1966), Friedman aborde de front la question du développement et de ses empêchements : les multiples potentialités dont l'être humain dispose peuvent être stimulées par des situations nouvelles, ou au contraire s'étioler si elles ne sont pas sollicitées. Ici, le travailleur spécialisé et « parcellaire » est présenté comme « le produit mutilé d'un travail indifférencié ». Et Claude Veil reprendra plusieurs fois dans ses propres écrits cette formule de Friedman : « des dizaines, peut-être des centaines de millions de travailleurs de par le monde, sont plus grands que leur tâche » (1956). L'analyse de situations de travail pathogènes, caractérisées notamment par l'empêchement du mouvement spontané, de la pensée, de l'éprouvé, ou encore par la perte de signification du travail, conduit à la question de l'aliénation. L'ouverture de G. Friedmann à la psychologie et à la psychanalyse l'amène à discuter des concepts freudiens, notamment celui de sublimation. Il s'appuie lui aussi sur ce concept pour développer la thèse qu'il partage avec nombre des psychiatres qui, comme Claude Veil, ont fondé la psychopathologie du travail : la valeur fondamentale du travail dans l'équilibre psychologique et la réalisation personnelle. Ce qui conduit à toujours reconnaître la double potentialité du travail, à la fois pathogène quand il empêche le développement de potentialités ou impose des normes aliénantes ; restructurant quand il fait place à la vie, à la création. On le voit, les travaux de Friedmann dépassent le strict cadre de la sociologie, et « ils ouvrent la voie à une psychosociologie du travail qui confine bien souvent à une anthropologie du travail » (Billiard, 2011).

Du côté de la sociologie, on remarque encore la référence soutenue à E. Goffman (1975) dans les travaux de Cl. Veil, en particulier dans « Handicap et société » (1968). « Je n'avais pas lu Goffman, j'ai pris ses positions. Dans « Stigmaté », j'ai trouvé des phrases qui me plaisaient beaucoup. Goffman a écrit avant moi. « Stigmaté » est paru en anglais en 1963. Je ne l'ai découvert que plus tard. (...) Les sociologues me paraissent être des interprètes, des lecteurs essentiels même lorsqu'il s'agit de l'histoire d'un individu, d'un seul individu. J'ai besoin des sociologues mais je ne me mets pas à leur place » (1992-2001).

L'essai de Claude Veil sur le handicap, et plus globalement l'ensemble de ses publications sur cette problématique, se trouvent rejoindre les nombreuses voies tracées par ce sociologue rattaché à l'Ecole de Chicago et élève de E. Huges: l'usage de l'observation-participante, l'importance accordée aux interactions, à leurs enjeux en termes de présentation et définition de soi, mais aussi aux cadres institués dans lesquels elles s'inscrivent et qui les orientent. Le stigmaté, comme attribut disqualifiant, signale et sanctionne un écart par rapport aux attentes normatives. S'ils sont d'une grande diversité, les stigmates opèrent des catégorisations et des assignations au service de la reproduction et de l'entretien des normes. « Cet observateur passionné du réel qui fait découvrir à la sociologie l'infiniment petit » (Bourdieu, 1982), explore tout au long de son œuvre, la logique du travail de représentation, les stratégies par lesquelles se construisent les identités, les régularités et les régulations des conduites dans la vie sociale. Pour Goffman (1975), « la notion de stigmaté implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de sa vie. Le normal et le stigmaté ne sont pas des personnes mais des points de vue ». Et Claude Veil, de son côté, affirme qu' « il y a une essence du handicap mais qui est en dehors des personnes » (1968).

Goffman convoque et intègre des modèles théoriques très divers. Il s'inspire à la fois de traditions sociologiques (E. Durkheim, G. Simmel), psychologiques (la psychanalyse freudienne, mais aussi les apports de G.H. Mead), philosophiques (l'existentialisme de Sartre, la phénoménologie...). De même, chez Claude Veil, « on pourrait parler d'une approche psychosociologique du handicap » (Barral, Korpés, 2001) : d'emblée, dès l'introduction de son ouvrage, il fait référence aux liens entre psychanalyse et sociologie pour explorer les relations qu'entretiennent le handicap ou les handicapés avec la société.

D'une manière plus générale, ses travaux tiennent toujours ensemble le sujet dans sa dynamique psychique et ses inscriptions sociales, contextualisées et normées. Plus que la construction de tableaux cliniques, c'est la psychogénèse des troubles, la dynamique inconsciente, l'économie psychique et le travail de remaniement des conflits qui retiennent l'attention de Claude Veil, mais dans leurs tensions avec les cadres normatifs et les dynamiques sociales.

L'apport théorique de la psychanalyse, la « métapsychologie », éclaire le fonctionnement psychique sous trois points de vue : topique, dynamique et économique. Le premier recouvre l'origine, la nature et les interrelations entre les différentes instances qui composent l'appareil psychique. Le deuxième s'intéresse aux conflits entre exigences internes contraires : conflit entre le désir et la défense, entre les instances, entre les pulsions... Le point de vue économique prend en compte l'énergie pulsionnelle, énergie quantifiable au sens où elle est susceptible d'augmentation, de diminution, d'équivalence...

Les perspectives dynamiques et économiques, notamment, sont bien souvent convoquées par Claude Veil dans ses écrits pour éclairer les mouvements psychiques mobilisés dans le travail : investissement d'objet, processus de sublimation, mécanismes de défense, ambivalence des significations attachées au travail.

L'influence de la phénoménologie dans sa pensée clinique est aussi sensible : attaché à l'expérience singulière, renvoyant celle-ci à l'objet qui la détermine et à la connaissance sensible d'un être affecté, dans sa manière de se sentir, de sentir le monde et de se sentir au monde, il explore les formes d'amputation ou les incomplétudes du soi mais aussi les voies susceptibles de favoriser une meilleure présence à soi et au monde, voies de la subjectivation.

Claude Veil précise lui-même son abord de la phénoménologie en le définissant comme centré sur « le vécu du sujet (doté d'une histoire individuelle, d'une configuration relationnelle et d'une orientation pulsionnelle) dans une situation professionnelle et sociale à la fois unique et commune avec d'autres sujets » (1957). Précédant la problématique « plaisir et souffrance au travail » théorisée par C. Dejours (1980), il souligne la double polarité du rapport au travail dans l'expérience que nous en avons : « le travail-joie » quand il est « progrès personnel », quand « le travailleur est dans une relation créatrice avec son travail », quand « il permet à certains, on le sait, les plus belles sublimations » ; « le travail-peine » quand il devient dégoût, fatigue, voire épuisement et aliénation.

Ses références orientent Claude Veil vers d'autres perspectives que celles ouvertes par les deux figures de proue de la psychopathologie du travail, Sivadon et Le Guillant. Comme le souligne I. Billiard (2001), « la position de Claude Veil relève d'une autre psychiatrie. Appartenant à la génération suivante, il ne peut plus penser la psychopathologie sans les apports de la psychanalyse et de la phénoménologie. Plus qu'au diagnostic, au niveau de « maturation », au degré de désorganisation psychique, il s'attache à ce qui fait l'originalité et la fécondité de la méthode freudienne : les mouvements dynamiques qui signalent les aléas du fonctionnement psychique et leurs possibles destins, tant sur le plan psychologique que somatique. De la phénoménologie, il retient la double polarité du rapport au travail ... C'est bien cette double polarité de l'expérience du travail et sa dynamique qui intéressent au premier chef le psychiatre et c'est le seuil qui sépare la satisfaction de la souffrance qui constitue, pour Cl. Veil, le point d'ancrage d'une psychopathologie du travail ».

« Faire progresser la méthodologie » ? Dans son introduction à l'ouvrage coordonné avec Christophe Dejours et Alain Wisner en 1985, Claude Veil précise sa pensée : « Du point de vue méthodologique, le chercheur va devoir adopter une attitude complémentariste, c'est à dire commencer par répondre à une seule question à la fois, selon les règles d'une seule discipline, et ne pas s'en tenir là ; dans un second temps, on va réintroduire les autres données et les autres lectures ». Pratiquer un complémentarisme des modèles d'intelligence de l'objet

de recherche : une voie tracée par Georges Devereux (1908-1985), psychanalyste et anthropologue, proche de l'École de Chicago, auteur de deux ouvrages majeurs, « Ethnopsychanalyse complémentariste » (1972) et « De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement » (1980), comme de très nombreux articles.

Claude Veil (1996) signale son regret d'avoir manqué le dialogue avec Devereux de son vivant. Il rappelle tout l'intérêt de l'œuvre de son collègue de l'EHESS, notamment sa critique des modèles causalistes, des dichotomies instituées et l'importance de l'observation comme de l'inclusion de l'observateur dans la situation observée. A propos de l'interrogation sur les déterminants des troubles psychopathologiques et de la « désadaptation », il signale l'article de Devereux intitulé « Dedans et dehors : la nature du stress », publié en 1966 et repris dans son ouvrage de 1972 : « ce texte était innovant, par exemple quand Devereux qualifiait l'organisme humain de système chronoholistique ou quand il écrivait : en écologie, il suffit de dire qu'il n'est pas indispensable de situer quoi que ce soit, définitivement et une fois pour toutes, soit au dedans, soit au dehors. Dans une dizaine de pages, il y avait en germe assez d'idées pour nourrir un séminaire ». Claude Veil récuse cette dichotomie dedans-dehors, sujet-environnement : le sujet, par son activité, contribue à produire cet environnement, et le « social » n'est pas la scène dans laquelle il prend place, mais il est déjà dans le sujet.

Aussi, il affirme avec force : « à la croyance commune et bien enracinée, mais irrationnelle, à la cause unique, est opposée la pluralité des facteurs causaux, à la simpliste causalité unilinéaire, la complexité des mécanismes d'interaction. Corollairement, le lien entre la cause et l'effet doit être reconnu comme fréquemment dénué de spécificité : les faits observés résultent des fluctuations et, éventuellement, de la saturation de la marge d'adaptation des organismes, des individus, des groupes, et plus généralement des systèmes. Chemin faisant, le rapport entre l'individu et la société se trouve éclairé (...) Cette discussion a été présentée avec quelques détails dans Handicap et société. Toujours relatif à une situation déterminée, le handicap, physique, mental ou « social », n'est pas une chose : c'est une entité qui caractérise la relation entre le corps social et le handicapé » (1971-2001).

La résistance aux limitations, aux divisions instituées qui opposent individu et société, holisme et individualisme, objectif et subjectif, réel et imaginaire, que Claude Veil partage avec Georges Devereux, se prolonge dans sa critique de la segmentation disciplinaire et professionnelle. Segmentation qui a constitué un puissant obstacle au développement de la théorisation en psychopathologie du travail. « On peut reprendre le problème à partir de là. En se plaçant, par exemple, au point de vue de l'aliéniste ou du neurologue lambda de la fin des années 50 : le milieu de travail lui était radicalement étranger ; en miroir, salarié de base ou dirigeant, le travailleur n'était pas mieux loti ; pour chacun, l'autre était une représentation, pas un objet pensé. Pour le militant de la sectorisation psychiatrique ayant opté pour un découpage du territoire selon le domicile, la prise en compte du travail était dérangeante, et celui qui se risquerait à la promouvoir ferait figure d'ennemi objectif. Pour le psychanalyste, le souci de la psychiatrie du travail semblait futile, une sorte de fascination par le conflit actuel, à la rigueur par la névrose actuelle. Pour un tenant des sciences sociales, ces médecins ignares ne pouvaient être pris au sérieux que si, abdiquant toute prétention psychologisante, ils s'abritaient dans le giron d'une discipline établie. Quant à l'épidémiologiste, faute d'avoir abordé le problème, il n'avait encore rien à en dire. Dans ce contexte, proposer, construire, mener à terme un projet de recherche de quelque importance passait pour folle entreprise » (1996). Une folle entreprise que celle de Claude Veil ? Il nous laisse en tout cas une œuvre dont l'actualité ne s'est pas démentie.

## *Actualité de l'œuvre de Claude Veil*

La réédition d'une sélection des publications de Claude Veil ne répond pas seulement à un projet d'historiographie, en quête de l'histoire des idées, de la pensée des liens entre santé et travail. Ce souci est, certes, indispensable à ceux qui reconnaissent que le travail de pensée n'est jamais affranchi de sa temporalité et qu'il dépend essentiellement de ses antécédents. Les approches contemporaines de la problématique santé-travail s'inscrivent dans une histoire et témoignent à la fois de récurrences, y compris dans la méconnaissance, et de renouvellements dont il convient de retracer les déplacements. Les séductions de l'anachronisme, alimentées par l'illusion de l'autosuffisance, mirage contemporain dominant – nous y reviendrons – tendent à effacer l'histoire et nos dettes à son égard. Il s'agit bien ici, non pas de dresser l'inventaire d'un passé dépassé, mais de préserver la vitalité de la pensée, de résister à sa capture par des lectures qui se présentent comme atemporelles car « l'ignorance du passé ne se borne pas à nuire à la connaissance du présent, elle compromet, dans le présent, l'action même » (Bloch, 1941-1991, cité par Clot, 1996). C'est donc par un retour sur l'histoire que s'éclairent aussi les approches contemporaines, ici, de la psychopathologie du travail et plus particulièrement des processus d'adaptation-désadaptation du sujet au travail.

L'œuvre de C. Veil constitue, pour ce faire, une formidable ressource du fait de sa position d'entre-deux : entre les fondations de la psychopathologie du travail des années 40 et les renouvellements qui ont suivi à partir des années 80. La lecture, ou relecture de ces textes permet de repérer les voies qu'il a dégagées, celles en friche et qu'il nous appartient de poursuivre. Car ses travaux sont d'une brûlante actualité et chacun des articles ici reproduits ne manquera pas de résonner avec des préoccupations vives sur cette question aussi essentielle que maltraitée : celle de la vie au travail.

On peut dégager, de la lecture des textes de Claude Veil, deux axes principaux d'investigation qui constituent le fil conducteur de ses différents travaux : les processus de désadaptation de l'homme au travail et le statut et traitement appliqué aux « désadaptés ». Il s'agit bien là d'une même problématique qui articule normativité et normalisation. La conception de l'adaptation-désadaptation développée par Claude Veil rejoint la conception de la santé, ou du normal et du pathologique, chez Canguilhem (1966). Comme celle de cet autre courant de la psychopathologie du travail, celui initié par François Tosquelles et prolongé par la psychothérapie institutionnelle. Tosquelles, en effet, affirme lui aussi une conception de l'activité psychiatrique qui « s'inspire d'une vision « totalisante » ou « anthropologique » de l'homme, comprenant d'un seul coup ce qu'on appelle les perspectives biologiques, psychologiques, historiques, et sociales de celui-ci...Le destin de l'homme et le processus d'humanisation qui lui est propre, ne passe jamais sous le dilemme de s'adapter ou périr. Il construit avec les autres hommes un monde dans lequel il se fera homme...Et l'objectif de la psychiatrie reste dans tous les cas celui de la facilitation du processus d'humanisation, occasionnellement en échec chez « nos » malades, quels que soient les facteurs causaux » (Tosquelles, 1967-2009).

Tosquelles, comme Veil, récuse donc l'adaptation comme critère de guérison. Et ses nombreux travaux sur « l'inadaptation », « le handicap », comportent toujours une critique radicale de ces notions : « sous le nom d'adaptation, on peut décrire une habitude conformiste qui n'est rien d'autre qu'une aliénation » (Veil, 1968). La pratique clinique de l'un et de l'autre comporte donc toujours un double « objet » : le sujet et son « monde ». Et loin, l'un comme l'autre, des modèles causalistes, ils cherchent plutôt, à leur manière

respective, à ce que les sujets puissent contribuer à la « fabrique » de ce monde. On sait que ces fondateurs de la psychopathologie du travail ont cherché à promouvoir le travail thérapeutique à l'hôpital, en rupture avec sa tradition disciplinaire et moralisatrice et ses fonctions occupationnelles. Cette restauration de l'activité comme principe thérapeutique s'inscrit historiquement dans une critique de l'enfermement et de la chronicisation asilaire. Il ne s'agit pas seulement de proposer aux patients des activités créatives, récréatives, sportives, des fêtes, des kermesses, des débats et autres ateliers divers... mais de réformer l'institution pour soigner les malades. Il s'agit donc bien de tenir ensemble l'activité ET l'institution comme objet et instrument du soin. Hors du champ de l'hôpital psychiatrique, c'est bien le travail comme institution qu'il s'agit de soigner pour soigner les « désadaptés », révélateurs de l'inadaptation du travail à l'homme.

Sa conférence principes de 1957, faite pour le groupe de l'Evolution, puis publiée par la revue *L'évolution psychiatrique* sous le titre « Phénoménologie du travail », contient l'essentiel du programme de travail poursuivi ensuite par Claude Veil. On y trouve à la fois les fondements épistémologiques mobilisés, la pluridisciplinarité comme instrument du travail de pensée et les principales problématiques qui feront l'objet de recherches ultérieures : fatigue, détérioration fonctionnelle, clinique de l'échec professionnel... ; mais aussi signification du travail pour le sujet : travail et création, travail et mouvement, réalisation de soi et échanges avec autrui... La notion de désadaptation apparaît déjà. La maladie y est « considérée comme le franchissement d'un seuil de désadaptation, au-delà d'une marge de tolérance » car « de l'affrontement à sa tâche, souvent l'homme sort vaincu ».

La psychopathologie du travail, dans laquelle il inscrit une part très importante de ses travaux, est « la description et l'interprétation des modalités pathologiques sur le plan mental de l'adaptation de l'homme au travail. Elle concerne tant des personnes que des groupes » (Veil, 1997). Trois principes d'analyse, construits à partir de sa pratique clinique, sont rappelés.

Le premier concerne la causalité des troubles, rarement univoque et linéaire. Il s'agit le plus souvent de déterminations complexes et donc non réductibles à une seule composante. Aussi, la psychopathologie du travail se doit de se dégager des jeux d'imputation causale toujours mobilisés à propos des traces négatives du travail : absentéisme, dépressions, addictions, stress, souffrance, violence au travail... L'identification des causes oppose de manière récurrente les tenants de « l'exposition aux risques » ou à une situation pathogène, et ceux qui privilégient « les traits personnels », voire la vie extraprofessionnelle.

Claude Veil le rappelle à de nombreuses occasions : « Une déstabilisation peut résulter d'une étiologie mixte, professionnelle et extraprofessionnelle » (Veil, 1997). « On est si entraîné à dichotomiser qu'il semble illogique d'admettre à la fois la spécificité (parfois l'irréductibilité) des deux champs de la vie (au travail et hors travail) et leur constante, étroite interpénétration (souvent leur interdépendance) (...), c'est pourquoi il est nécessaire d'insister : un homme n'a pas une personnalité à son foyer et une autre toute différente à son travail, il est un seul et même homme. Il projette ses soucis personnels, ses frustrations, ses craintes sur son poste de travail et, réciproquement, de son poste de travail sur son foyer » (Veil, 1996). Cette dernière citation est empruntée à Friedmann qui lui-même, précise Veil, l'avait lue dans le livre de F. Zweig, *The British Worker*, paru en 1952.

L'unité dialectique des activités humaines (Lhuillier, 2010) résiste au clivage entre vie professionnelle et vie extraprofessionnelle. La vie du sujet repose sur une unité économique

fondamentale, comme sur des processus d'inter-signification, car le sujet cherche le sens de son existence dans « ses différents milieux de vie qui se recoupent en lui » (Wallon, 1968). On peut même considérer que l'injonction au clivage, au service d'une polarisation sur l'ici et maintenant de l'exécution d'une tâche ou d'un engagement et d'une disponibilité totale de soi dans l'activité professionnelle, est synonyme d'amputation de soi. Une amputation qui réduit le mouvement de la normativité : pouvoir opposer des normes personnelles aux normes sociales d'un travail prescrit suppose de puiser dans d'autres registres que celui du travail, de faire usage de l'expérience d'une multipolarité du sujet dans ses différents mondes ou domaines de vie.

Le deuxième principe découle du précédent : on ne peut dissoudre le sujet dans les conditions de son milieu de travail. C'est aussi la raison pour laquelle « la symptomatologie appartient au sujet (ou au groupe de sujets) souvent bien plus qu'elle ne caractérise la spécificité d'un travail ; c'est une bonne raison pour s'abstenir de proposer de construire des tableaux de maladie professionnelle, et c'est une raison meilleure encore pour innocenter les victimes de conditions de travail pathogènes » (Veil, 1997). La construction de systèmes de corrélations entre affections mentales et situations de travail tend à produire des explications de type causaliste où l'on voit une donnée de l'environnement traitée comme agent pathogène, sur le modèle du microbe, ou de la radioactivité. Les modes de réactions cliniques, qu'il s'agisse de la formation de symptômes graves ou de troubles infra-cliniques, varient considérablement suivant les médiations à l'œuvre entre contraintes psychiques du travail et personnalité. Les médiations en jeu dans la construction du rapport psychique au travail comprennent à la fois les ressources défensives du sujet, les stratégies qu'il mobilise consciemment ou non pour résister aux épreuves que comporte le travail, et les ressources disponibles ou à construire à la fois dans la sphère du travail et ses autres milieux de vie.

Les différentes formes de régulation à l'œuvre sont individuelles et collectives, quand les conditions nécessaires à leur élaboration existent encore. Et, aujourd'hui, la montée des préoccupations relatives à la santé mentale au travail, dont témoigne notamment la mobilisation autour des dits « risques psychosociaux », nouvelle catégorie de risques collectionnant les restes des classifications instituées précédemment (Lhuillier et al., 2010), révèle sans doute moins l'apparition de nouveaux risques que l'érosion des ressources au service des régulations et processus de dégageant. L'individualisation des questions de santé au travail est aujourd'hui un constat récurrent. Celle-ci peut certes s'expliquer par les enjeux sociopolitiques qui rabattent le champ d'investigation et l'étiologie des troubles sur une supposée « fragilité individuelle ». Mais cette évolution est aussi l'un des effets des transformations du travail. L'intensification des exigences productives et la diversification des conditions d'emploi et des temps de travail ont des répercussions marquées par une forte variabilité entre les individus. Ces transformations compromettent les modes opératoires construits individuellement et collectivement pour préserver et développer la santé. Elles mobilisent plus fortement les ressources physiques et psychiques de chacun (Volkoff, 2008). On assiste donc à une « dispersion » des problèmes de santé au travail et à une symptomatologie qui révèle la carence des médiations collectives.

Un autre principe encore figure au fondement de la psychopathologie du travail. Claude Veil (1997) le résume ainsi : « Dans le champ de la psychopathologie du travail, il n'existe pas de frontière fixe entre l'état de normalité et l'état de maladie, toutefois, alors que la psychopathologie du travail quotidien est d'observation tout à fait banale, la sommation des nuisances peut déborder les mécanismes de défense, conduire au franchissement de seuil de désadaptation, et donc créer une discontinuité ». Un récent rapport de l'OCDE, intitulé « Mal-être au travail ? Mythes et réalité sur la santé mentale et l'emploi », souligne d'emblée la



fréquence des problèmes de santé mentale : « Environ 20% de la population d'âge actif dans la zone OCDE souffrent de troubles mentaux. Tout au long de la vie, la prévalence est même deux fois plus importante (...). La plupart des troubles mentaux sont mineurs ou modérés, les cas graves étant relativement rares ». Pourtant, les dispositifs mis en place privilégient le traitement de troubles graves, contribuant ainsi à entretenir l'idée que la maladie mentale relève d'une « anormalité » garante d'une altérité reconfortante : le malade mental n'est pas seulement un autre, il est autre.

La normalité est une fiction : le conformisme social n'est pas un critère de normalité, sauf à confondre normativité et normalisation sociale. L'adaptation entendue comme activité fondamentale de la vie pour lutter contre ce qui lui nuit. Le normal est fondé par la normativité (Canguilhem, 1966), par la créativité (Winnicott, 1975). Et le pathologique est l'expression d'une normativité restreinte, d'une réduction du pouvoir normatif. En ce sens, la frontière entre normal et pathologique est éminemment subjective et singulière ; elle renvoie à ces mouvements de réduction ou de développement de cette plasticité créatrice qui permet d'engendrer des marges d'individuation. Aussi, la distinction entre santé et maladie n'est-elle pas à fonder selon la normalité sociale mais selon la normativité, celle-ci étant toujours contextualisée et donc variable selon les situations. Les décompensations psychopathologiques, aujourd'hui de plus en plus manifestes dans le monde du travail, témoignent d'une réduction des marges d'intervention et de régulation : la maladie se profile dès lors que le sujet voit ses possibilités d'action sur lui-même et sur son milieu diminuer. Claude Veil le répète : « le processus de désadaptation » concerne les différentes formes de « réduction de la marge de tolérance à tous les aléas de l'existence » (Veil, 1968). L'exploration de « la psychopathologie du travail au quotidien » l'a ainsi conduit à développer ses recherches sur six thèmes, qui correspondent à une grande part des publications ici rééditées : « la fatigue, en tant qu'expérience vécue d'une extrême banalité, mécanisme de défense et régulatrice de l'activité, le surmenage, l'épuisement, qui survient lorsque cette marge est saturée ; le handicap, qui réduit cette marge d'adaptation ; les séquelles psychologiques des accidents du travail ; la sinistrose, où la communication entre patient et médecin est fortement perturbée » (Veil, 1997).

L'investigation, la prévention et le traitement de « la désadaptation » l'amènent encore vers une autre perspective, complémentaire à la précédente : le statut et le traitement des « handicapés ». Derrière cette formule, dont l'usage est finalement assez récent, sont rangés ceux qu'on désignait auparavant comme déficients, diminués, invalides, retardés, infirmes, incurables, inadaptés, anormaux, chroniques... La catégorisation ségrégative et atomisante s'accompagne toujours d'une connotation péjorative avec laquelle le terme de handicapé n'a pas rompu. Claude Veil dénonce aussi la nocivité des catégories instituées : la référence déféctologique est toujours à la base de ces différentes classifications. C'est encore elle qui constitue le terreau du statut assigné et des dispositifs dits d'accompagnement et traitement.

« On peut observer qu'un handicapé n'est pas nécessairement inadapté (il peut compenser ou surcompenser son handicap). Mais encore, les « inadaptés » sont-ils réellement inadaptés ? Inadaptés à quoi ? Il n'y a aucune peine à démontrer que le second terme du discours importe tout autant que le premier. Il ne serait pas difficile de donner des exemples de situations où une prétendue inadaptation est en réalité une conduite d'adaptation à des conditions extrinsèques exceptionnelles, ou une conduite légitime et socialement positive de refus de conditions sociales insatisfaisantes. Il est évident, de plus, que sous le nom d'adaptation on peut décrire une habitude conformiste, qui n'est rien d'autre qu'une aliénation. L'inadaptation sociale serait, en conséquence, une conduite (ou un ensemble de conduites) où le sujet n'assume pas les rôles, les tâches ou les statuts assignés par la collectivité. On se trouve là encore renvoyé à une définition extrêmement large. Et force est bien de constater

que, s'il est incontestable que les notions de handicap et d'inadaptation sont loin de se recouvrir mutuellement, elles sont tout aussi loin de s'exclure réciproquement ou de s'opposer » (Veil, 1968).

Qu'entend-on par handicap ? La dissection usuelle oppose les handicapés physiques aux handicapés mentaux et tous ensembles aux handicapés sociaux. Et, à l'intérieur de chaque genre, on décrira des espèces : ainsi, les tuberculeux ou les paralysés, ou les caractériels et les maniaco-dépressifs... S'en tenant dans un premier temps à cette cartographie, Claude Veil examine tour à tour les handicaps relevant de l'état de santé, ceux tenant à l'âge, au sexe, à l'hérédité et au milieu de croissance, à la situation sociale et biographique. Et il conclut : « On éprouve quelque embarras, celui-là même qu'on éprouvait en entamant ce chapitre. La recension complète des handicaps serait une tâche immense, l'établissement d'une liste limitative une entreprise absurde. Les genres et les catégories se chevauchent, s'additionnent, se multiplient les uns les autres. La conceptualisation traditionnelle n'est plus acceptable. Et, par exemple, l'usage de grilles d'inaptitude, légitime encore il y a une trentaine d'années, dans une perspective d'objectivation du manque propre au sujet, ne correspond plus à nos connaissances. Peut-être pourrait-on envisager une analyse factorielle, a posteriori, et non plus a priori, axée sur les capacités des handicapés et non plus leurs inaptitudes, et qui tenterait de rendre compte de leur potentiel d'adaptabilité. Face aux exigences sociales, à la demande et à la contrainte, la marge de manœuvre des handicapés est très réduite. Quel parti sauront-ils tirer de leurs moyens ? » (Veil, 1968).

La figure du handicap, dans ses différentes déclinaisons, est construite sur un a priori d'inaptitude, constitutive de la personne, et ce alors même que l'inaptitude est toujours relative à une situation. L'empêchement tient alors plus à une réduction des marges de manœuvre qui permettent de faire usage et de développer les capacités du sujet. L'activité empêchée ne l'est donc pas pour des raisons qui tiennent au handicap supposé. Plus encore, le statut octroyé aux « handicapés » pourrait bien être un déterminant majeur de l'empêchement. Ce qui conduit alors à interroger la fonction psychosociale de cette catégorie aux contours aussi flous qu'extensifs : à quoi servent les « handicapés », tous ceux qui s'engagent dangereusement sur la voie de « l'inemployabilité », voie royale aujourd'hui si l'on en juge par l'intensification des processus de relégation, placardisation, exclusion (Lhuillier, 2002) ?. Claude Veil répond à cette question par une autre : « Qu'attend-on du handicapé ? Surtout ne pas le voir, n'avoir pas à le côtoyer, n'avoir pas à l'identifier, ne pas courir le risque d'en avoir pour (...). Rejeter le handicapé, c'est tenter désespérément, c'est tenter vainement de se mettre à l'abri du handicap. C'est se cramponner à l'existence » (Veil, 1968).

Aujourd'hui, la fabrique des « vulnérables », obéit aux mêmes principes. Jusqu'aux années 1970, la vulnérabilité qualifiait la vie humaine. Depuis, le champ sémantique de la vulnérabilité s'est généralisé, caractérisant à la fois des états et des processus, toujours associé à des attributs dévalorisants. La vulnérabilité devient un critère distinctif et un principe explicatif. Et la fragilité, sa compagne obligée, désigne un moyen terme instable entre la santé et la maladie, un équilibre homéostatique menacé par n'importe quel événement de vie. « Ce concept voyageur » (Thomas, 2010), emprunté au modèle biomédical des sciences de la vie, a son envers, la résilience, elle-même issue du vocabulaire de la physique des matériaux. Elle fait florès elle aussi.

La mise à l'agenda de la détection et de l'accompagnement des individus vulnérables dans le monde du travail est corrélative de l'émergence et la prolifération de la problématique du risque (Beck, 2001). Il s'agit, d'une manière plus générale, de définir, mesurer, prévenir les risques dans leur infinie déclinaison. Vue par les statistiques, la vulnérabilité est la probabilité de faire l'expérience d'une perte mesurable de « bien-être » ; comme le sinistre ou la maladie

sont analysés comme conséquence de la concomitance entre vulnérabilité et risque. Synonyme d'une réduction des capacités à faire face, la mesure de la vulnérabilité passe par l'évaluation du capital d'adaptation face aux risques et aux contraintes. Le modèle assistanciel développé est alors essentiellement médico-hygiéniste, entre procédures d'empowerment et injonction à veiller au souci de soi. C'est aussi un dispositif de protection rapprochée qui est préconisé pour des « populations vulnérables »... et donc à risque.

Le champ de la santé mentale au travail est aujourd'hui recouvert par ce qu'on appelle désormais « les risques psychosociaux ». Mais derrière cette nouvelle catégorisation prolifère un autre risque majeur : celui de la chasse aux « fragiles », aux « vulnérables », au-delà de la classique catégorie des « bras cassés » ou des « mains inutiles » (Omnès, 2004) renvoyés aux dispositifs institués de traitement et recyclage des rebuts du monde du travail. Le vaste chantier – qui est aussi un marché fort lucratif – de la prévention des « RPS » s'organise le plus souvent en deux types de dispositifs : détection-signallement des « individus à risques », et accompagnement psychologique version coach, numéros verts ou ticket psy. Ces dispositifs fabriquent une représentation duale du monde du travail : les sains, robustes, battants, efficaces, performants... aptes ; les autres, fragiles, vulnérables, déficitaires... et sommés de se soigner par l'exécution du programme qu'on leur prescrit. L'évaluation de l'aptitude, traditionnellement dévolue à la médecine du travail, est devenue une tâche ventilée, déléguée à l'ensemble du milieu de travail qui devient alors un instrument au service de la veille et du signallement.

Dans le monde du travail contemporain, ces nouveaux risques dits « psychosociaux » émergent dans le débat public justement lorsque les ressources psychosociales font de plus en plus défaut. La précarisation de l'emploi par le développement de la flexibilité externe, la précarisation du travail par la multiplication des réorganisations internes synonymes de mutations géographiques et professionnelles, la fragilisation des cadres d'élaboration collective de l'expérience professionnelle et des règles de l'action, que sont les collectifs de travail et les communautés professionnelles, l'érosion des références et des appartenances aux métiers au profit d'exigence de mobilité, adaptabilité, polyvalence... autant de transformations du travail qui isolent chacun. Les épreuves de la solitude au travail sont encore alimentées par l'individualisation des « ressources humaines » : individualisation des rémunérations, des temps de travail, des carrières, des parcours de formation, des dispositifs et critères de l'évaluation... Chacun doit alors compter sur ses ressources propres pour soutenir la sollicitation managériale à l'implication, l'autonomie, la responsabilité.

La quête – illusoire – de l'autosuffisance fait écho à une idéologie individualiste qui occulte la nécessité de repères symboliques et se déploie sur fond de déni de l'inscription dans une chaîne et une histoire. Quand l'individualisme s'hypertrophie, il chasse le social et la déliaison prévaut. Emergent alors les risques de la désaffiliation par le haut, incarnés dans la figure de « l'individu par excès » (R. Castel, 2009), individu solipsiste récusant la dépendance et qui se prend lui-même pour objet et pour fin. Le mythe de Narcisse nous rappelle que le solipsisme peut mener à la tragédie et à des effondrements d'autant plus graves que cette nouvelle culture psychologique se caractérise aussi par une sollicitation au refoulement de la potentialité dépressive. Cette dépressivité n'est pas la dépression ; elle ne fige pas, ne met pas en échec, mais rend possible la confrontation et l'élaboration au renoncement, à la perte, à la finitude (Fédida, 2001) : au réel en somme, c'est-à-dire ce qui se présente comme obstacle, butée, défaut. Ce qui s'appréhende dans l'expérience de l'échec mais aussi d'une sollicitation à l'invention, au développement.

Sur la scène du travail, l'inflation imaginaire de la toute-puissance et de l'autosuffisance ne peut compter indéfiniment sur le déni du réel qui l'accompagne. Travailler, c'est toujours aussi se trouver confronté à des inattendus, des limites, des difficultés. Mais, l'épreuve de réalité peut être soutenue par la valence positive de la potentialité dépressive qui permet

d'endurer, de se protéger du trop plein, de se retirer, de se distancier, tout en reconnaissant la difficulté, voire la perte. Il y a une dépressivité nécessaire au fait même de vivre, de traverser des moments de crise, de reconnaître une vulnérabilité qui n'est pas l'attribut assigné à quelques-uns ou des « populations » identifiées par des traits communs qui effacent les singularités (les « seniors », les « handicapés », les « harcelés », les « malades chroniques », les « inaptés »...) mais qui est ontologique.

La résistance à sa reconnaissance et sa neutralisation dans des opérations de projection et clivage sur les « blessés » de cette nouvelle « guerre mondiale », celle des marchés, sont d'autant plus puissantes que cette vulnérabilité ontologique est antithétique de l'éthos de l'individualisme et ses deux « obligés » : l'autosuffisance et l'autonomie. Elle contredit aussi ce sujet imaginaire érigé comme modèle : un sujet rationnel plus que sensible (l'affect est menaçant, il convient de le contrôler, mieux encore de l'instrumentaliser), un sujet sans corporéité ni temporalité, dépouillé de son « reste de terre qui nous rappelle par trop la nature animal de l'humain » (Freud, 1913). C'est bien d'abord du fait de notre existence incarnée que nous sommes vulnérables : les transformations de notre corps dans le temps en témoignent et elles sont des aspects universellement partagés de la condition humaine. Aussi, la catégorie de « personnes vulnérables », c'est-à-dire en difficulté dans l'exercice et leur relation au travail, sert essentiellement, après celle d'« handicapés » explorée par C. Veil, à fabriquer de l'altérité pour projeter et ainsi se défendre du négatif. La vulnérabilité est bien une condition négative de la vie : elle indique que la santé, la capacité de s'autodéterminer, ou celle d'un rapport réussi à soi-même, ne sont que possibles. La vie humaine est conditionnée par son usage : au double sens du terme, l'usage que les autres font de nous et l'usage que chacun fait de lui-même. Y compris au travail. La vulnérabilité tient à notre condition d'être de besoin et de désir. Elle n'est pas soluble dans la figure de ces « gens vulnérables » car ceux-ci n'ont rien d'exceptionnel (Paperman, 2005). Ce sont seulement les « résidus » d'un mode de structuration et de fonctionnement organisationnel, des supports aux processus de projection. La mise en dépôt du négatif sur des personnages caractérisés par leurs déficits supposés (de santé, de ressources, de force, de performance...) s'accompagne de la méconnaissance fondée sur des pactes dénégatifs (Kaës, 1987). Elle fabrique une frontière entre les inclus et les exclus, entre les productifs performants et les imperfectibles. Alors, le malade, le faible, le dépendant est toujours l'autre, en tant qu'il est l'objet de bienveillance, de détection et de signalement, objet du « care management » (Calvat, Guérin, 2011), d'accompagnement par des sujets rationnels, indépendants et en bonne santé.

La vulnérabilité ontologique s'efface au profit de la fabrique de la vulnérabilité sociale : d'autant que celle-ci est en pleine expansion (Le Blanc, 2004, 2007, 2011). Mais cette dernière s'efface à son tour par un double procédé d'inversion et de retournement. Les victimes sont alors désignées comme coupables, ce qui permet de maintenir le déni de filiation : les « personnes en difficultés », voire dites « inemployables », ne peuvent être reconnues comme produits des transformations du travail sous peine d'une remise en cause des principes de celle-ci. On retrouve ici un scénario classique, anthropologique (Augé, Herzlich, 1994), celui de l'imputation de responsabilité ou de l'attribution causale dans la recherche sociale de la signification du mal, du malheur.

L'expression des difficultés rencontrées, du négatif sous ses différentes formes, est de moins en moins « autorisée » dans un monde du travail arc-bouté autour des représentations valorisées de performance, voire d'excellence. Et l'hyperactivité sollicitée peut fonctionner comme défense maniaque, lutte contre le vide, l'effondrement... jusqu'à l'épuisement ou la rupture déstabilisante de la mise à la retraite. On voit alors se multiplier les signes d'une usure physique et psychique au travail, celle que Claude Veil étudiait dès les années cinquante. Aujourd'hui, c'est essentiellement la catégorie du « stress » (Buscatto, Loriol, Weller, 2008) qui est convoquée pour signaler l'intensité de la pression et l'impossibilité de surmonter les

épreuves du travail. L'activité est massivement empêchée, l'organisation du travail ne délivre plus les ressources dont les salariés ont besoin pour faire un travail de qualité, ni même pour déterminer en quoi consiste leur travail (Clot, 2008, 2010).

L'empêchement de l'activité est fondamentalement privation du pouvoir de l'action. Car travailler, ce n'est pas seulement s'acquitter des tâches attribuées, c'est aussi marquer de son empreinte son environnement et le cours des choses. L'expérience de l'inactivité ou de la sous-activité, quand celle-ci est réduite à du « fonctionnement » ou de « l'affairement », est bien celle de la perte des étayages du sujet : étayage sur le corps – la pulsion étant ici réprimée par l'amputation du pouvoir d'agir –, étayage sur l'intersubjectivité – la relation aux autres étant suspendue par l'émiettement des collectifs de travail et l'isolement. On retrouve ici les risques de la désaffiliation par le bas de « l'individu par défaut », autre figure de l'individu hypermoderne décrit par Castel (2009). Dans un monde qui valorise efficacité et performance, « l'improductif », « l'incapable », le « déficient » porte le signe inversé de la norme qu'il n'accomplit pas ; il est l'envers de nos normes de socialisation. Condamné comme sans valeur d'usage, il fait figure de supplément indésirable. Et se tourne aujourd'hui massivement vers le régime de l'invalidité (OCDE, 2011).

A la rhétorique performante des « vulnérables », « fragiles », leur assignant une identité négative, s'ajoute un traitement différentialiste qui renforce l'étiquetage et les processus d'élimination. Claude Veil l'a maintes fois souligné : « L'une des conséquences de l'intérêt qu'on pouvait porter au handicap, c'était qu'on en augmentait le poids, le volume, l'importance. C'est-à-dire que plus on s'intéresse au handicap, plus on entreprend des mesures censées lutter pour l'intégration des personnes handicapées, pour l'intégration des enfants en milieu scolaire, et plus on entretient les phénomènes de ségrégation, d'enfermement des enfants dans des filières étanches, finalement des conduites catastrophiques » (Veil, 1992-2001).

Les dispositifs mis en place pour mesurer, évaluer, corriger « l'inadaptation », « l'inaptitude », « les troubles psychosociaux » sont toujours exposés à l'ambiguïté de leurs objectifs comme des résultats obtenus. Ambiguïté résumée par une formule d'une « handicapée » et relevée par Claude Veil (1968) : « On essaie de liquider les gens qui posent des problèmes plutôt que les problèmes que les gens posent ».

A contrario, la perspective développée par Claude Veil est claire : « Les handicapés fonctionnent comme révélateurs (...), on ne peut être inadapté par essence, on ne l'est jamais que par référence à une institution déterminée, une conduite prise pour norme, une contrainte du milieu (...). Sans chercher le paradoxe, on peut pousser plus avant cet éloge de l'inadaptation : il n'y a de progrès possibles qu'à travers la contestation de l'ordre existant, et Moïse, Galilée ou Freud peuvent être dits inadaptés. L'adaptation réussie est une inadaptation qui a bien tourné ».

Le dit « inadapté » révèle ainsi l'inadaptation des normes du travail, l'étroitesse des marges de régulation, invention, réélaboration individuelle et collective nécessaire à l'activité. C'est donc le travail qu'il faut soigner (Fernandez, 2009). La supposée inadaptation des individus vulnérables est bien le produit de l'idéologie productiviste aux commandes : ses sirènes de la toute-puissance, du toujours plus, comme ses incantations à l'impératif de l'engagement de tous contre « la crise économique », sont les ingrédients d'une redoutable fabrique de laissés pour compte. Ils sont pourtant les voix d'un rappel essentiel : le travail est une des institutions majeures de l'humain. Car le travail est « l'activité humaine fondamentale. Il pose le problème des rapports entre la vie et la nature, entre la pensée et l'action - des rapports entre le moi et le monde, l'individu et la société. Toute éducation est préparation au travail. L'échec professionnel débouche sur toute la psychopathologie » (Veil, 1957).

## **Bibliographie**

- Amiel, R., Sivadon, P. (1969), *Psychopathologie du travail*, Paris, ESF.
- Aubert, N., Pagès, M. (1989), *Le stress professionnel*, Paris, Ed. Klincksieck.
- Augé, M., Herzlich, C. (1994), *Le sens du mal*, Paris, Ed. Archives Contemporaines.
- Barral C., Korpés J.L, Maudinet M. (2001), Discussion autour de l'ouvrage de C.Veil handicap et société, *Handicap*, 92, 83-94.
- Beck, U. (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.
- Billiard, I. (2000), « Claude Veil, un pionnier de la psychopathologie du travail », *Travailler*, 5, 175-193.
- Billiard, I. (2001), *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute.
- Bloch, M. (1941), *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien*, Paris, Armand Colin (2<sup>ème</sup> éd., 1991).
- Buscatto M., Loriol M, Weller J.M, (2008), *Au-delà du stress au travail*, Toulouse, Eres.
- Calvat T., Guérin S., (2011), *Le droit à la vulnérabilité. Manager les fragilités en entreprise*, Paris, Michalon.
- Canguilhem, G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Castel, R. (2009), *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil.
- Clot, Y. (1996), (s/dir), *Les histoires de la psychologie du travail*, Toulouse, Octarés.
- Clot, Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.
- Clot, Y (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- Curie, J., Hajjar, V., Baubion-Broye, A. (1990), « Psychopathologie du travail ou dérégulation du système des activités », *Perspectives Psychiatriques*, 22/11, 85-91.
- Dejours, C. (1980), *Travail : usure mentale*, Paris, Bayard.

Dejours, C. (s/dir) (2010), *Observation cliniques en psychopathologie du travail*, Paris, Le Seuil.

Devereux, G. (1972), *Ethnométhodologie complémentariste*, Paris, Flammarion.

Devereux, G. (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.

Fedida, P. (2001), *Les bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.

Fernandez, G. (2009), *Soigner le travail*, Toulouse, Erès.

Freud, S. (1913), Préface à l'édition allemande de Bourke J.C, *Les rites scatologiques*, trad. franc., Paris, PUF, 1981.

Friedmann, G. (1946), *Problèmes humains du machinisme industriel*, Paris, Gallimard.

Friedman G. (1950), *Où va le travail humain ?*, Paris, Gallimard.

Friedman, G. (1956), *Le travail en miettes*, Paris, Gallimard.

Friedmann, G. (1966), *Sept études sur l'homme et la technique*, Paris, Denoël/Gonthier.

Goffman, E. (1975), *Stigmates*, Paris, Editions de Minuit.

Kaës, R. (1987), Réalité psychique et souffrance dans les institutions, in Kaës (s/dir), *L'institution, les institutions. Etudes psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1-46.

Le Blanc G. (2004), *Les maladies de l'homme normal*, Bégles, Ed. du Passant.

Le Blanc G. (2007), *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Seuil.

Le Blanc G. (2011), *Que faire de notre vulnérabilité ?*, Paris, Bayard.

Le Guillant, L. (2006), *Le drame humain du travail*, Toulouse, Eres.

Lhuillier, D. (2002), *Placardisés*, Paris, Seuil.

Lhuillier D. (2006), *Cliniques du travail*, Toulouse, Eres.

Lhuillier, D. (2010), « Les "risques psychosociaux" : entre rémanence et méconnaissance », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 11-29.

Lhuillier, D., Giust-Desprairies, F., Litim, M. (2010), « Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ? », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10.

Lhuillier, Y. (2010), « Développement de la clinique du travail », in Clot et Lhuillier (s/dir), *Agir en clinique du travail*, Toulouse, Erès, 205-225.

Molinier, P. (2000), « Editorial », *Travailler*, 5, 5-7.

Omnès, C., Bruno, A. S. (2004), *Des mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin.

Pacaud, S. (1949), Recherches sur le travail des téléphonistes. Etude psychologique d'un métier, *Le Travail Humain*, 1-2, 46-65.

- Paperman P. (2005), Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel, in Paperman, Laugier (s/dir), *Le souci des autres*, Paris, Ed. EHESS, 281-298.
- Thomas H. (2010), *Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres*, Broissieux, Ed. du Croquant.
- Tosquelles, F. (1967-2009), *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, Eres.
- Veil, C. (1950), *La fatigue industrielle et l'organisation du travail*, Thèse de doctorat en médecine.
- Veil, C. (1957), « Phénoménologie et travail », *L'évolution Psychiatrique*, 4, 693-721.
- Veil, C. (1959), « Introduction à la psychiatrie sociale », *Bulletin du CERP*, Paris, 8, 1-2, 29-38.
- Veil, C. (1964), *L'hygiène mentale du travail*, Paris, Le François.
- Veil, C. (1968), *Handicap et société*, Paris, Flammarion.
- Veil, C. (1971), *Exposé de soutenance du doctorat ès lettres et sciences humaines*, Université de Paris 7, 13 mai 1971.
- Veil, C. (1977), *L'Ecole folle ou le cercle vicieux de l'inadaptation scolaire*, Paris, ESF.
- Veil, C. (1985), « Où en est la psychopathologie du travail ? », in Dejours, Veil, Wisner (S/dir), *Psychopathologie du travail*, Paris, Entreprise Moderne d'Édition, 11-18.
- Veil, C. (1986), « Potentiels vitalisant et mortifiant de la rigueur en clinique », *Bulletin de Psychologie*, 377, XXXIX, 755-761.
- Veil, C. (1992-2001), Les mardis d'Alter : séminaire « Ego Histoire », *Handicap*, 92, 19-44.
- Veil, C. (1996), « Entretien », *Psychiatrie Française*, 2, 9-21.
- Veil, C. (1997), « Ce qu'était pour moi la psychopathologie du travail entre 1945 et 1970 », *Actes du colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail*, Paris, Cnam.
- Veil C., Lhuillier D. (2000)(s/dir) , *La prison en changement*, Toulouse, Eres.
- Volkoff, S. (2008), « L'identification du travail "disperse" les problèmes de santé », dans G. de Terssac et coll. (s/dir), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, 29-40.
- Wallon, H. (1968), « Les milieux, les groupes et la psychogénèse de l'enfant », *Enfance*, 1-2, Henri Wallon, *Ecrits et souvenirs, Recueil d'articles*, 287-296.
- Winnicott, D. W. (1971), *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, Paris, Gallimard.