

SOUFFRANCE ET INCORPORATION

Influence du milieu de travail et de la culture d'entreprise sur l'expression « corporelle »

Passage de l'expression à la maladie

CLINIQUE

J'avais parlé il y a quelques années d'une épidémie de maladies professionnelles MP57 dans une entreprise de contreplaqué, survenue à la suite d'une décompensation grave chez une salariée par rupture double de la coiffe des rotateurs. Cette MP avait donc entraîné dans la foulée de nombreux cas sur une année, ainsi que d'autres pathologies non professionnelles graves. Cette dynamique collective de la santé m'avait interpellée car les conditions de travail n'avaient en apparence pas changé et elles auraient dû entraîner le type de pathologies (émergentes alors) depuis bien longtemps compte tenu que la quasi totalité des postes exposait à une gestuelle très répétitive. J'en déduisais qu'il y avait peut-être des facteurs psychosociaux suffisamment puissants capable de gommer les douleurs ou du moins de les rendre tolérables, jusqu'au moment où le corps individuel prenant un relief particulier dans le corps social, il devenait impossible à ce corps social, d'ignorer ce corps individuel souffrant et inter-réagissant avec lui et donc avec l'ensemble des individualités le composant. Je ne reprendrais pas cette histoire, elle a continué sur ce registre. Après quelques essais infructueux de réinsertion sur un poste aménagé la salariée initiatrice et annonciatrice à son corps défendant de cette mauvaise série a dû être mise en inaptitude à 54 ans, l'exacerbation de la souffrance physique s'accompagnait dès la reprise d'une impossibilité à s'accepter dans l'entreprise et donc d'une grande souffrance morale. Il existait dans cette petite structure de 70 personnes un fonctionnement de type psychofamilial (cf. G. Mendel) et assimilant contrat de vie et contrat de travail.

Actuellement, j'ai la charge d'une entreprise du tertiaire (assurance) où la même problématique se pose en quelque sorte à l'envers. Les salariés y souffrent de manière incompréhensible, en première analyse, dans leur corps et cela donne lieu à des arrêts de travail longs. Environ 20% des personnes arrêtées longuement, plus de trois semaines, le sont pour des pathologies articulaires et rachidiennes mais il serait difficile je crois d'objectiver une forte sollicitation physique. Dès mes premières années de pratique dans ce milieu la longueur des arrêts m'a étonnée, comme l'intolérance à l'absence de résolution complète du problème amenant les salariés concernés dans une recherches effrénées d'examen complémentaires permettant de lever les doutes. Des questions se posent donc sur les représentations de la norme en santé, sur ce qu'est la notion de norme, sur la perception du corps, le seuil de dou-

leur tolérable, sur la relativité du concept même de santé et surtout sur la difficulté au travers de l'écoute et de l'examen physique pour un médecin de percevoir l'importance des atteintes à l'équilibre en santé du fait de l'expressivité non liée à la gravité objective.

Des plaintes récurrentes et similaires viennent émailler le discours de nombreux salariés, particulièrement dans les secteurs du cœur de métier et l'analyse du carnet d'infirmerie me paraît à cet égard riche d'enseignement, riche quantitativement et riche qualitativement, se partageant : en surveillance de la tension artérielle, en soins pour douleurs diverses et surtout en « malaises » dont la caractéristique essentielle est de concerner les femmes qui se plaignent alors de sensations vertigineuses, de sensations d'hypotension qui de fait ne se vérifient pas souvent et de réactions émotionnelles avec abattement et pleurs. Lors des visites annuelles ou à la demande, ces troubles sont souvent rapportés. Deux grands contingents de souffrances sont à l'origine des arrêts : l'un concerne la santé psychique, elle conduit à 40% des arrêts longs, l'autre les douleurs diverses à type de lombalgies ou cervicalgies, débouchant ou non sur la chirurgie (20% des arrêts). Il n'est pas rare que les douleurs physiques ou les syndromes vertigineux précèdent les arrêts pour dépressions. Il s'agit là d'un rapide survol de ce qui se donne à voir afin de mieux appréhender ce qui suit.

HISTOIRE DE MADAME S...

Madame S... est une juriste travaillant dans l'entreprise depuis 27 ans. Elle a occupé un poste de rédactrice d'assurance jusqu'en 2000. Un changement de poste est intervenu à la suite d'une sortie collective en drame personnel. Madame S... perd son mari accidentellement en 98 (lors d'une sortie avec des collègues de travail). Lors de son retour, après un arrêt de travail, elle me rencontre et signale une grande difficulté à se concentrer. Ses tâches la confrontent aux souffrances de sociétaires victimes d'accidents graves parfois lourdement handicapés ou à la résolution de dossiers de sociétaires décédés. La réactivation de sa propre souffrance rend difficile la poursuite de son travail. Elle élève seule ses deux enfants dont l'un est handicapé et me dit qu'elle ressent cruellement alors l'absence de son mari. Elle engage une psychothérapie et décide fin 98 de se réorienter professionnellement. J'appuie sa demande auprès de la Direction générale de l'entreprise. Le changement de poste surviendra un an plus tard.

Je la rencontre plusieurs fois dans l'intervalle. La concentration sur les dossiers est de plus en plus difficile bien que ceux-ci soient triés, elle a des doutes sur sa capacité à tenir longtemps encore et exprime une grande amertume de ne pas être entendue. J'interviens à nouveau auprès de la direction, elle obtient un poste de chargée de projets dans un service marketing début 2000. Je ne la reverrai qu'en 2001 car elle ne me contacte pas. Elle m'exprime avoir éprouvé de grandes difficultés dans ses nouvelles tâches qui ont nécessité une formation d'une dizaine de jours. Elle a acquis lentement les processus du travail et la connaissance du milieu. Elle est gênée par la classification de son emploi (ayant gardé sa classification antérieure) que ses compétences actuelles ne justifient pas. Elle présente des poussées fréquentes d'eczéma aux mains et aux jambes. Elle poursuit sa psychothérapie de type analytique. Après une période de stabilisation avec un équilibre qui s'affirme, elle éprouve à partir de juillet 2002 un état de grande lassitude, des angoisses, une difficulté à venir au travail. Cette période a suivi un long travail sur un projet complexe et stratégique pour l'entreprise qui concernait son ancien secteur d'activité (changement d'un contrat phare pour l'entreprise). Il lui avait semblé que ce travail s'appuyant sur des connaissances liées à son ancien métier était un travail de qualité, cependant son responsable lui a fait beaucoup de reproches, me dit-elle sur la présentation du rapport remis. Elle s'arrête épuisée fin 2002, l'arrêt dure trois mois : « *Je me suis sentie en péril extrême, en état d'inactivation.* » Elle présentait des troubles d'ordre visuel, toute utilisation de l'outil informatique provoquait un trouble à type image brouillée : « *C'est comme une image de synthèse.* » Elle a fait avant et pendant son arrêt de nombreux bilans ophtalmologiques, neurologiques et a engagé une rééducation oculaire avec un orthoptiste. C'est lors de la visite de reprise, qu'elle me raconte tout cela et me dit qu'elle a engagé une démarche auprès du directeur de son ancien secteur - non pour reprendre son ancien poste mais pour l'obtention d'un poste de chargé d'études dans un domaine qu'elle maîtrise mieux. Pour l'heure, elle ne peut toujours pas regarder son écran d'ordinateur mais peut lire sans difficultés. Revenant sur le travail de ces dernières années elle me dit : « *Je n'avais pas les mots du métier.* » Mme S... m'a appelée il y a huit jours pour m'informer que sa candidature a été retenue et que ses troubles régressent, elle rajoute : « *J'ai trouvé un nouveau collyre qui me soulage.* »

QUELLES INTERPRÉTATIONS TENTÉES ?

DE LA « CONVERSATION » MAINTENUE À LA DÉCOMPENSATION

Les liens entre santé psychique et conditions de vie et de travail ont été établis depuis longtemps par des psychiatres dont Louis le Guillant (cf. son travail sur les bonnes bretonnes et les téléphonistes). Il faut remarquer que Le Guillant a rapporté pour la première fois en 1957 une étude de maladie physique (glaucome). L'évolution de cette maladie somatique était directement rapportée aux conditions de vie sociale et professionnelle d'une malade ouvrière dans une fabrique de pièces détachées pour appareil de télévision souffrant d'une tension nerveuse extrême ; la maladie s'améliorera lors du retrait de la situation de travail. Que pense Le Guillant :

« *Cependant les conditions de vie, quelque soit l'aspect sous lequel on les considère, s'intègrent dans un contexte psychologique qui leur confère une acuité particulière et en définitive leur caractère pathogène ; ce contexte psychologique lui-même n'a rien de mythique. Il est le reflet dans l'esprit de la malade des conditions sociales et éducatives, économique et idéologiques, à la fois réelles et particulières qu'elle a vécues de son enfance à ce jour. Non de telle ou telle condition, plus ou moins arbitrairement valorisées mais de leur succession et de leur totalité.* »

On sait l'importance de la sociogénèse des affections mentales pour Le Guillant on comprend dans ses propos ce que recouvre cette sociogénèse des maladies mentales et physiques : intrication et interpénétration de facteur de vie et de construction personnelle singulière liée elle aussi à l'histoire de vie particulière.

Il me semble donc qu'il faut admettre l'existence d'une dialectique entre activité et subjectivité comme le fait d'une certaine façon cet auteur, mais après lui Yves Clot. Cela demande évidemment d'étendre considérablement le concept d'activité en y intégrant le milieu, l'histoire et la culture constamment présent dans l'activité à réaliser par un individu. Le sens serait donc aussi construit par ce milieu. L'absence de risques patents pour un œil extérieur peut ainsi cohabiter avec l'expression riche de souffrances paradoxales du corps. De la même façon que l'attendu de ces souffrances ne se produit pas dans d'autres contextes.

La psychanalyse ne donne pas les mêmes interprétations, ni la psychosomatique inspirée par la psychanalyse. Si l'on regarde du côté de celle-ci et « des histoires » que nous a racontée Marie Pezé, c'est la déliaison psychique, l'effraction du moi liée à la violence des situations de travail, (pourrait-on dire incorporation) qui bloque la psyché et les affects et l'absence d'élaboration psychique entraîne un fonctionnement social dévitalisé, « une relation blanche » dit-elle. Parlant des cas qu'elle a eu à traiter, elle dit que s'y ajoute la violence blanche de l'organisation des soins qui cristallise la souffrance en morcelant le corps et sa prise en charge, en superposant à l'anatomie érotique, l'économie administrative qui a préséance sur le fonctionnement psychosomatique réel. La construction du système de soin en réduisant la souffrance en tableaux à rattacher à telle ou telle spécialité et nomenclature dévitalise la relation avec l'individu en tant que tout.

En parallèle, l'impossibilité d'exprimer du fait de l'inhibition ses propres sentiments d'hostilité et d'agressivité envers autrui réduit l'expression de soi dans le milieu ou bien la non réponse ou une réponse totalement décalée de ce milieu réduit les capacités à retrouver un équilibre.

Les modes d'expression des émotions, les régimes de la parole, les mots utilisés, les pensées exprimées et les actes nous renseignent sur ces milieux et la distance avec ce milieu, sur ce qui est exprimable et tolérable. Cependant quand rien ne s'exprime le corps en pâtit.

En parlant de la « disciplinarisation » des corps et à propos du cas d'une jeune femme de ménage, Marie Pezé nous dit que la violence naît du décalage entre tâche prescrite et réel

du travail, entre la contrainte de temps et le souci de qualité, le fossé à combler pour que le travail se fasse, se comble au détriment du corps. Du contact forcé avec une tâche qui ne prend pas sens naît l'inutilité des gestes à accomplir.

Il n'y a pas de pensée sans corps nous dit Christophe Dejours.

Ne peut-on suggérer que le corps brimé ou les paroles empêchées ou désavouées s'incarnent, s'expriment par d'autres voies, que l'acte interrompu ou morcelé par le corps social soit à l'origine de déséquilibre pour l'individu donc d'altération de sa santé. Le corps pensant et agissant semble souvent neutralisé par le champ socioculturel imperméable à sa présence en tant que tout et à son écoute, ce qui rend l'expression de l'individualité au travers des productions du corps impossible. Comme le disait Wallon, le travail est plus fatigant par ce qu'on ne peut faire que parce qu'on fait. De ce renvoi sur soi ou vers soi, il me semble que les individus essaient de se protéger avec des expressions qui sont acceptables ou possibles dans leur milieu de vie et de travail, ainsi dans un milieu socioculturel relativement protégé, cela peut conduire à la recherche effrénée de réponses technicistes en dehors de soi.

Finalement entre une Madame D... (entreprise de contre-plaqué) qui « oublie » son corps jusqu'à ce qu'il la lâche avec une double rupture de la coiffe des rotateurs et M. M... rencontré cette semaine qui s'arrête trois mois pour un lumbago, passe une IRM, a rencontré deux spécialistes et s'apprête à rencontrer un chirurgien orthopédiste pour aujourd'hui une vague douleur para-lombaire droite qui ne le gêne aucunement dans ses mouvements, pour laquelle il n'éprouve le besoin de prendre aucun antalgique, où sont les différences ? Mme D... a passé un contrat à vie avec l'entreprise, elle ne peut se plaindre, et le travail ne peut rendre malade, M. M... remet son corps, l'externalise, pour traitement à la médecine techniciste et technicienne comme une mécanique à réparer (le milieu tolère l'arrêt, la maladie, mais aucune parole critique du travail qui est un donné non transformable). L'un comme l'autre semble avoir fait abandon de partie d'eux-même, de leur individualité. La perception corporelle ou la perception de la maladie pour l'un, le déni pour l'autre me semble au moins pour partie en osmose avec le milieu de travail.

Il ne s'agit évidemment que d'interprétations, qui ne peuvent qu'imparfaitement rendre compte d'une réalité toujours particulière.

Je retiendrais encore une phrase de Watzlavick, philosophe, psychanalyste et comportementaliste : « *On ne peut pas ne pas communiquer, si on ne le fait pas par les actes, ce doit être par la parole.* »

Je suis frappée par le besoin d'expression de soi dans la mutuelle d'assurance, du niveau de la plainte, les mécanismes identificatoires permettent que se constituent des formes de collectifs sur le mode familial, le champ de l'action étant réduit à l'autre et par l'autre. D'ailleurs ceux-ci (les collectifs) ayant été mis à mal récemment par une restructuration de la forme des groupes, cela a été me semble-il à l'origine de mécanismes de rupture brutale pour certains avec impossibilité de revenir au travail, de pénétrer physiquement dans l'en-

treprise. Ce qui se donne à voir n'est cependant que la partie émergée d'un iceberg, partie manifeste, elle-même transformée pour être acceptée par le milieu. Quand la parole sur l'acte n'a pas de place et quand l'acte n'est pas considéré ou se perd dans les méandres du système qui le métabolise ou que les salariés en sont désappropriés, quand le travail réel ne contamine que trop rarement le travail prescrit, mais que malgré tout, vous appartenez à un corps symboliquement important, la reconnaissance par ce corps est primordiale, essentielle pour continuer à exister, ce qui génère souvent allégerie et soumission. Cependant la réalité travestie et dissimulée ressort parfois d'étranges façons. Ce qui se donne à voir dans des formes particulières de souffrances du corps me paraît prendre sa source dans le corps social autant que dans le corps individuel.

Il me semble important de rajouter que l'expression bruyante des émotions signe malgré tout un équilibre que l'on préserve, les ruptures se passant souvent à bas bruit. Il faut probablement faire une différence entre ce qui ressort des formes de la communication (ici vertiges, sensations d'hypotension, pleurs pour les femmes), soupape habituelle et acceptée par le groupe et qui permet de trouver regard et compassion, de ce qui est blocage de cette communication (Mme S...) et fait basculer dans la maladie. Le registre émotionnel dans le cas de cette entreprise me paraît être utilisé comme principe libérateur. L'émotion est à la fois libératrice et liante, libérant du travail tel qu'il est donné et maintenant le lien avec le groupe.

On ne peut cependant tenter cette interprétation, qu'en comprenant l'histoire de l'organisation du travail dans cette « vieille » entreprise, je ne peux ici en donner qu'une représentation imparfaite et réductrice et ne concernant que le cœur de métier, la gestion des sinistres. Il faudrait développer plus longuement. L'organisation est restée de type bureaucratique pendant très longtemps. La taylorisation du travail avec une séparation tranchée de la conception et de la réalisation est évidente ces dernières années, ce qui n'était pas aussi net il y a seulement six ans dans le cœur du métier. Sur l'égalitarisme constitutionnel par niveau de gestion de sinistres, a été introduit avec l'organisation informatique et téléphonique une réduction des temps morts et des marges de manœuvre par la toute puissance du travail formel et des passages obligés (peu de possibilité de se sortir du téléphone et impossibilité de ne pas emprunter les dédales des applicatifs informatiques bien que ceux-ci ne permettent pas de tirer le fil de l'activité et rendent nécessaire les dossiers papiers. Les gestionnaires se sentent conduits par leurs tâches, tourmentés par le téléphone, occupés essentiellement à renseigner des grilles informatiques et écrasés véritablement par une messagerie leur délivrant les informations d'ordre technique. À la perte de sens, s'ajoute le sentiment fréquent d'inefficacité et de perte de compétences. La possibilité d'échapper à cela *via* une trajectoire professionnelle conduisant à d'autres espaces est mince. La charge mentale est renforcée par le sentiment d'une toute puissance originelle du sociétariat qui reste comme un deuxième pouvoir coercitif. Il me semble comprendre que la dialectique entre l'activité et la subjectivité ne peut se faire pour un trop grand nombre de salariés, aucune initiative ne se prenant sur le formel ; cependant que dans le même temps les

règles du métier ne se construisent plus par défaut de temps et de débat mais aussi par la disparition des réunions avec les cadres où se discutaient les problèmes techniques de gestion. Du côté des dirigeants une nouvelle culture veut s'affirmer dans le but évident d'un développement de l'entreprise, la nécessité d'entretenir le métier de gestionnaire de sinistres ne paraît pas d'actualité. La technicité de celui-ci ne fait pas l'objet d'une reconnaissance de l'intelligence pratique qu'il requiert, si tant est que se fut jamais le cas. La figure du manager a remplacé celle du technicien de haut-vol. Il reste que l'appartenance à un monde commun demeure même si ce monde fait souffrir, avec la nécessité de s'en assurer quand le doute survient. Les réactions émotionnelles exprimées, partagées et acceptées, permettent certainement d'évacuer la surtension intérieure, elles sont dans le registre de la communication corporelle sexuée, elles ont cependant aussi valeur d'alerte sur la rupture avec l'acte individuel de travail, rupture ressentie qui renforce la nécessité de se rassurer sur le lien affectif avec le groupe.

Dans le cas de Mme S..., ce repli et cette réassurance n'est pas possible, elle avait réussie péniblement à s'approprier son nouveau travail, en ne pouvant établir de liens véritables avec ses collègues, ni dans le registre affectif ni dans celui du travail se sentant gênée par une rémunération relativement trop

élevée. Avec le rejet brutal pour elle de son rapport (rejet portant sur la forme), elle ne peut que fuir dans la maladie dans un premier temps en essayant de se replier vers son ancien secteur de travail avec lequel elle a gardé des liens profonds et qui de plus a reconnu la qualité de son rapport.

QUELS IMPACTS POUR UNE CLINIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL ?

Peut-être nous faut-il trouver les moyens d'approcher l'espace clinique qui se situe entre le salarié et le monde des autres dans lequel il est plongé; ce monde des autres comprenant évidemment l'histoire commune et la culture commune entre autre celle des modalités relationnelles et de la place de l'acte de travail (il me semble cependant que la relation au moment où elle s'entretient est toujours duelle). Sur le plan de l'activité de prévention qui est la nôtre il me semble que nous devons modestement contribuer et au risque de nous tromper à éclairer l'impossibilité ou la possibilité d'agir collectivement et de se déplacer dans l'agir, c'est à dire d'éclairer ce qui peut ou non permettre aux individus de reconstruire un équilibre au travail et que cet éclairage doit être renvoyé dans l'espace interne de l'entreprise, mais il s'agit d'un autre débat à engager...

Francette Thébaud

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Josiane Crémon

Comité de rédaction : Pierre Abecassis, Véronique Arnaudo, Fabienne Bardot, Alain Carré, Josiane Crémon, Sylvie Cren, Philippe Davezies, Annie Deveaux, Jean-Marie Eber, Dominique Huez, Gérard Lucas, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Denise Renou-Parent, Nicolas Sandret, Denis Teyseyre, Francette Thébaud

Maquette : Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil